

国民健康保険(食事・生活)療養標準負担額差額支給申請書・請求書												
被保険者記号番号		減額対象者氏名					生 年 月 日					
長 国							S・H・R 年 月 日					
個人番号												
交付されている減額認定証		長期入院該当年月日			(マイナ保険証がない場合)標準負担額減額認定証交付年月日							
		年 月 日			年 月 日							
療養を受けた保険医療機関		所在地			別添のとおり							
		名称			別添のとおり							
入院期間及び食事療養に対し支払った額(標準負担額)					別添のとおり							
標準負担額減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由		☐ 認定申請を受けていたが、入院時提示が困難だったため										
		☐ 入院中に長期入院該当となったため										
		☐ その他()										
		※ 退院から1ヶ月以内に申請できなかった場合は以下に理由を記載 ()										
上記のとおり関係書類を添えて国民健康保険(食事・生活)療養標準負担額差額の支給を申請・請求いたします。 なお、支給決定額は下記の口座へ振込の方法により支払ってください。 なお、私(申請者)と振込先の口座名義が異なる場合には口座名義人を代理人と定め、口座への振込により(食事・生活)療養標準負担額差額の支給を受ける一切の権限を委任します。 令和 年 月 日 申請者(世帯主) 住所 _____ 氏名 _____ 個人番号 _____ 電話番号 () - _____ (宛先) 河内長野市長												
金融機関		銀行・信金信組 農協・()					本店 支店	種別	普通・当座			
フリガナ							7ケタ					
口座名義							口座番号					
(宛先) 河内長野市会計管理者												

※処理欄

(-)円×()食=()円	区 分	窓1	窓2	職	入	内	職
(-)円×()食=()円							
(-)円×()食=()円							
(-)円×()食=()円							
(-)円×()食=()円							
支給決定額	円	上記区分の期間 年 月 日～	90日到達日 年 月 日				