

国民健康保険食事療養標準負担額差額支給申請書

No. _____

被保険者 記号・番号		和 国 (枝番)	申請日	令和 年 月 日
申請人 (世帯主)	住 所	和泉市		個人番号
	氏 名		生年月日	昭・平・令 年 月 日
減額 対象者	氏 名		生年月日	昭・平・令 年 月 日
	個人番号		認定証番号	
来庁者	氏 名		連絡先	— —

減額認定証の交付を受けた日	発行年月日	令和 年 月 日
	減額該当年月日	令和 年 月 日
食事療養を受けた保険医療機関等	名 称	
	所 在 地	
入院期間（日数）	平成・令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間
入院期間に受けた食事療養に対し支払った額	円 × 回 =	円 ①
減額該当後、本来支払うべき額	減額 長期 円 × 回 =	円 ②
請 求 額	① - ② 円	
減額認定証の交付申請又は、 提出ができなかった理由		

希望する振込口座の□にチェックを入れてください。

- マイナポータルに登録されている世帯主名義の公金受取口座を利用する。（口座情報記載不要）
 以下の振込先を利用する。

世帯主の 振込先	金融機関名	銀行・農協・金庫		
	支店名	本店・支店		
	口座番号	口座種別	普通・当座・（ ）	
	口座名義 (カタカナ)			

- (確 認) 65歳以上 (療養病床 非該当 高齢8割・高齢7割) 第三者関係 (有 無)
 認定証長期適用受付済 (令和 年 月 日から) 差額分領収書 (後日持参・郵送【返却なし】)
 保険料確認 (担当:) 振込先: 後日連絡 その他 ()

【確認書類】 <input type="checkbox"/> 保険証(対象者・来庁者) <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他(委任状・)

受付者 (_____)