

受付印

受理印

国民健康保険食事療養標準負担額減額差額支給申請書

被 保 険 者 記 号 番 号		個 人 番 号	
減 額 対 象 者	氏 名	生 年 月 日	年 月 日
	世帯主との続柄	負 担 割 合	非課税・低Ⅰ・低Ⅱ
減額認定証の発行内容		発 行 年 月 日	年 月 日
		長 期 該 当 年 月 日	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）	年 月 日から 年 月 日まで 日間 食				
入院期間に受けた食事療養に対し支払った額（標準負担額）			円		
減額認定証の交付申請又は提出が出来なかった理由					
振 込 先	☐ 公金受取口座（マイナンバーカードに登録した口座）を利用する （利用する者は口座情報の記入不要）				
	☐ 振込口座を指定する				
	金融機関名	銀行 農協 信組 信金	本店 支店 出張所	普通・当座	
	支店名				
	口 座 番 号		フリガナ 口座名義人		
(世帯主と口座名義人が違う場合は、この欄に署名してください。) 上記名義人口座への振込を了承します。 世帯主氏名					

（注）入院期間の欄は、差額支給の対象である期間を記載してください。

上記のとおり、申請します。

年 月 日

世帯主 住 所 安芸高田市 町 番地
氏 名
個人番号
電話番号

安芸高田市長 様

【受付時確認】 添付書類等	☐ 入院期間に受けた食事療養に対し支払った金額が確認できるもの（領収書）の添付	受付者印
	☐ 口座振込み ☐ 現金（本庁窓口支払い）	

以下記入不要

既支払済額	1食（	）円 × （	）食	=	円
減額対象額	1食（	）円 × （	）食	=	円
支給額			=		円