

**国民健康保険食事療養標準負担額減額差額支給申請書**

被保険者証記号番号	み柴 A	行政区	区
申請者(世帯主)	住所		
	氏名	印	電話
	個人番号		
代理人	住所		
	氏名	印	電話
減額対象者	氏名	生年月日	年 月 日 男・女
	個人番号	世帯主との続柄	
減額認定書の交付を受けている者	発行年月日	年	月 日
	長期該当年月日	年	月 日

食事療養を受けた医療機関等	名称	
	所在地	
入院期間(日数)	年 月 日	日間
	年 月 日	
入院期間に受けた食事療養に対し支払った金額(標準負担額)		円
減額認定証の交付申請又は減額認定証を保険医療機関等に提出できなかった理由		

令和 年 月 日

※備考 入院期間(日数)の欄は、差額支給の対象期間を記載すること。

振込先指定	金融機関名	
	支店名	
	口座番号	
	口座名義人	
	(フリガナ)	

問い合わせ先 柴田町役場健康推進課・保険年金班 電話 0224-55-2114

差額支給	イ (460-210) 円 × ( ) 食 = ( ) 円
	ロ (210-160) 円 × ( ) 食 = ( ) 円
	ハ (460-160) 円 × ( ) 食 = ( ) 円
	ニ (460-100) 円 × ( ) 食 = ( ) 円
	ヘ 却下(理由: )
支給額合計 ( ) 円 支給日 ( 年 月 日)	