

(様式第2)

国民健康保険食事療養標準負担額差額支給申請書

記 号 番 号		国 保 区 分		一 般 退 職 本 人 退 職 扶 養	
世 帯 主 (申 請 者)	住 所	愛媛県西宇和郡伊方町 番地			
	氏 名		生 年 月 日	年 月 日	
減 額 対 象 者	氏 名		生 年 月 日	年 月 日	
	世帯主との続柄				
	個 人 番 号				
適 用 区 分			適 用 年 月 日	年 月 日	
長期交付年月日		年 月 日	長期該当年月日	年 月 日	

食 事 療 養 費 を 受 け た 保険医療機関等	名 称		年 月 日	食分
	所 在 地		年 月 日	
食 事 療 養 費 を 受 け た 保険医療機関等	名 称		年 月 日	食分
	所 在 地		年 月 日	
入院期間 (日数)	年 月 日から 年 月 日まで 日間			
入院期間に受けた食事療養に対して支払った額 (標準負担額)			円	
減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由				
1. 長期入院該当申請日以降長期入院該当年月日前の入院であったため				
2. その他 ()				

上記のとおり関係書類を添えて国民健康保険食事療養標準負担額の差額支給を申請します。

年 月 日

振 込 指 定 金 融 機 関		種 目	口 座 番 号						口座名義人 (カタカナ)
銀行	本店(所)	1.普通 2.当座							
農協	支店(所)								
信漁連	出張所								

伊 方 町 長 様

市 区 町 村 処 理 欄	差 額 支 給	イ (-) 円 × () 食 = () 円	支給金額 () 円
		ロ (-) 円 × () 食 = () 円	決定年月日 年 月 日
		ハ (-) 円 × () 食 = () 円	支出年月日 年 月 日
		二 却下 (理由 :)	受付 入力