

国民健康保険 食事療養標準負担額差額支給申請書

被保険者証記号番号	長岡	1234567890	支給方法	口座振込			
世帯主	氏名	国保 太郎	世帯主の住所	長岡市大手通1丁目4番地10			
	生年月日	昭和39年5月28日					
減額対象者	氏名	国保 花子	世帯主との続柄	妻 (男 <input type="radio"/> 女 <input 3"="" checked="" type="radio/&gt;)&lt;/td&gt; &lt;/tr&gt; &lt;tr&gt; &lt;td&gt;生年月日&lt;/td&gt; &lt;td&gt;昭和35年1月1日&lt;/td&gt; &lt;/tr&gt; &lt;tr&gt; &lt;td&gt;個人番号&lt;/td&gt; &lt;td&gt;222222222222&lt;/td&gt; &lt;/tr&gt; &lt;tr&gt; &lt;td colspan="/> 減額認定証の交付を受けている者	発効年月日	振込口座をご記入ください。	
					長期該当年月		
	金融機関名	長岡銀行			支店名	アオーレ (普通) 当座	
口座番号	1234567		口座名義人 (カタカナ)	コクホ ハナコ			
食事療養を受けた保険医療機関	名称	〇〇病院					
	所在地	長岡市〇〇					
入院期間 (日数)	年 月 日 から 年 月 日 まで 日						
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書又は、減額認定証を提出できなかった理由							
1. 市町村民税非課税の減額認定世帯の減額認定前の入院であった 2. 市町村民税非課税の減額認定世帯の長期入院該当の減額認定 3. 医療機関に減額認定証を提出し忘れたため 4. その他 (制度を知らなかったため 等)							
世帯主の住所・氏名を記入し、 押印をお願いいたします。							
上記のとおり関係資料を添えて国民健康保険食事療養標準負担差額の支給を申請します。 令和 元年 5 月 1 日 住所 長岡市大手通1丁目4番地10 申請者 氏名 国保 太郎 個人番号 111111111111 電話番号 0258-39-2006 新潟県長岡市長 様							
委任状	(受任者)						
	住所 長岡市大手通1丁目4番地10 氏名 国保 花子 私は、上記の者を代理人と定め、下記の権限を委任します。 ・食事療養標準負担額差額の受領に関すること。 令和 元年 5 月 1 日 委任者 氏名 国保 太郎						
処理欄	91 日 目	平成	年	月	日	区分	低 I / 低 II ・ 非課税
	イ.	(260-210) 円	×	( ) 食	= ( )	世帯主以外の口座に振込む場合は委任状 の記入・押印をお願いいたします。 受任者: 口座名義人 委任者: 世帯主	
	ロ.	(210-160) 円	×	( ) 食	= ( )		
	ハ.	(260-160) 円	×	( ) 食	= ( )		
	ニ.	(260-100) 円	×	( ) 食	= ( )		
ホ.	( - ) 円	×	( ) 食	= ( )	円		
支給額合計						( ) 円	
備考							