

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 0000000000	支給方法	口座振込			
世帯主	氏名	国保 太郎	世帯主の住所	長岡市〇町〇丁目〇番地〇			
	生年月日	昭和〇年〇月〇日					
減額対象者	氏名	国保 花子	世帯主との続柄	妻			
	生年月日	昭和〇年〇月〇日					
	個人番号	000000000000					
減額認定証の交付を受けている者			発効年月日				
			長期該当年月				
金融機関名	国保銀行		支店名	長岡支店 (普通)当座)			
口座番号	0000000		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	〇〇クリニック				
		所在地	長岡市〇〇町〇丁目〇番地〇				
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ため 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申請前であったため 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)							
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。							
令和〇年〇月〇日		住所 長岡市〇町〇丁目〇番地〇					
		申請者 氏名 国保 太郎					
		個人番号 000000000000					
新潟県長岡市長 様		電話番号 0000-00-0000					
委任状	(受任者) 住所 長岡市〇町〇丁目〇番地〇 氏名 国保 花子 (印)						
	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。 令和〇年〇月〇日 委任者 氏名 国保 太郎 (印)						
処理欄	91日目	令和	年	月	日	区分	低I・低II・非課税
	イ.	(460-210)円	×	()	食	= ()円	一般・退職本人 退職扶養
	ロ.	(210-160)円	×	()	食	= ()円	
	ハ.	(460-160)円	×	()	食	= ()円	
	ニ.	(460-100)円	×	()	食	= ()円	
ホ.	(-)円	×	()	食	= ()円		
支給額合計		()円					
備考							