国民健康保険標準負担額減額差額支給申請書

被保険者の記号番号	とうみ・				一般
減額対象者	住所　□申請者と同じ				
	氏名		生年月日	年　月　日	
	被保険者の個人番号				
	減額認定をされている場合	減額認定発行日	年　月　日		
		長期該当年月日	年　月　日		

差額申請をする内容	食事療養を受けた診療機関名		
	減額されていない入院期間	年　月　日から 年　月　日まで　日間	標準負担額 円
	食事療養を受けた診療機関名		
	減額されていない入院期間	年　月　日から 年　月　日まで　日間	標準負担額 円

差額申請をする理由
1.申請が遅れた(理由　　)　2.申請から適用日までの間
3.その他(詳しく　　)

(申請先) 東御市長 上記のとおり申請します。 支給決定の上は、右金融機関へ振り込んでください。 年　月　日 世帯主の住所 氏名 電話 申請者の個人番号	金融機関名 農協　支所 銀行　支店 信金　支店 口座番号 当・普 名義人(カタカナ)

＊　支給される費用の額の受領については口座名義人に委任します
㊞

・世帯主と口座名義人が異なる場合は、＊欄に世帯主氏名を記入のうえ押印願います。

	本人既支払額	減額認定していた場合	差額支給額
市処理欄	円×　食(　月　日～　月　日) ＝　円 円×　食(　月　日～　月　日) ＝　円 計(A)　円	円×　食(　月　日～　月　日) ＝　円 円×　食(　月　日～　月　日) ＝　円 円×　食(　月　日～　月　日) ＝　円 計(B)　円	(A)－(B)＝ 円

添付書類　領収書