

国民健康保険標準負担額減額差額支給申請書

被保険者証記号番号										とうみ・										一般・退職																			
減額対象者															住所																								
															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										標準負担額																							
						年 月 日まで										日間					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										標準負担額																							
						年 月 日まで										日間					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										信金					支店									
															口座番号										当・普														
															申請者の個人番号										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 印																																							
・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。																																							

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

添付書類 領収書