

国民健康保険食事療養費標準負担額減額差額支給申請書

(あて先) 横 須 賀 市 長 令和 年 月 日

住 所 横須賀市.....町.....丁目.....番(地).....号

(方書).....

世 帯 主
(申請者) 氏 名

個人番号

電 話 (.....).....

次のとおり食事療養費減額差額の支給を申請します。

被保険者証の記号番号	0 3 - - - - -				
減額対象者	氏名			生年月日	昭・平・令 年 月 日生
	世帯主との続柄			個人番号	
減額認定証の交付を受けている場合			交付年月日	令和 年 月 日	
			発効期日	令和 年 月 日	
			長期入院該当年月日	令和 年 月 日	
食事療養を受けた保険医療機関等			名称		
			所在地		
入 院 期 間 (日数)			令和 年 月 日から		
			令和 年 月 日	日間	
入院期間中に受けた食事療養に 対して支払った額 (患者負担額)					円
減額認定証の交付申請 又は提示ができなかった 理 由		1.長期入院該当年月日前の入院(長期該当)であったため (入院91日目 年 月 日) 2.交付申請手続き中であったため 3.その他 ()			

この申請には医療機関の領収書(食事療養費の額が記載されたもの)の原本の提示が必要です。領収書がない場合は支給できません。

支給方法欄	振込口座	フリガナ	銀行・農協 支		
	口座名義人(申請者)		信用金庫 店		
	店番号		普通当座		
※[口座名義人が申請者でない場合の委任欄] この申請にかかわる金銭の受領を上記の者(口座名義人)に委任します。 申請者(世帯主).....					

(問い合わせ先) 横須賀市民生局健康部健康保険課給付係 電話(直通) 822-8232

【ここから下の欄には記入しないでください】

内訳	円×	食	支給決定額			□才	□低 I
	円×	食					□低 II
	円×	食					
備考欄					担当者	受付者	

行政センター受付印

 受付印