

国民健康保険食事療養標準負担額
減額差額支給申請書

(宛先)富山市長

被保険者 記号番号	〇〇〇—〇〇〇	申請年月日	〇〇年〇〇月〇〇日
申請 世帯 主 者	住所	富山市〇〇町〇〇番〇〇号	
	氏名	富山 太郎	
	連絡先	電話 (〇〇〇) 〇〇〇 — 〇〇〇	
	個人番号		

次のとおり申請します。

なお、支給決定金額は次の指定口座へ振り込んでください。

減額対象者	氏名	富山 花子	続柄	妻		
	生年月日	〇〇年〇〇月〇〇日生	性別	男・女		
	個人番号					
減額認定証の交付を受けている者		発行年月日				
		長期該当年月日				
食事療養を受けた保険医療機関等		名称	〇〇病院			
		所在地	富山市〇〇町〇〇番〇〇号			
入院期間(日数)		〇〇年 4月 1日から 〇〇年 4月 15日まで		15日間		
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又は提出ができなかった理由			振込金額	円		
※充当区分	1一部充当	円	2全部充当	円	3振込金額	円
振込指定 口座	〇〇	銀行 農協 信金	〇〇	支店 支所	1普通 2当座	口座 名義 人 富山 太郎
					口座 番号 1234567	

注 1 ※印欄は記入しないでください。

2 領収書又はこれに代わるものを添付してください。

処理欄	窓口
-----	----