

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

一般・退職分

被保険者証 記号番号	○○○—○○○	申請年月日	○年○月○日
申 (世 請 帯 主 者)	住所	富山市○○町○○番○○号	
	氏名	富山 太郎	
	連絡先	電話 (○○○) ○○○—○○○○	
	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 太郎	続柄	本人	
	生年月日	平成 ○年○月○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	○○病院		
		所在地	富山市○○町○○番地		
入院期間(日数)		○○年4月1日から ○○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	○○ 銀行 本店 支店 支所	1 普通 2 当座		口座名義	フガナ トヤマ タロウ
		口座番号	1 2 3 4 5 6 7		人

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
-----	----