

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

被保者 記号	險者 番号	—	申請年月日	年 月 日	
申 世 請 帯 主 者	住所				
	氏名				
	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		続柄			
	生年月日	年 月 日生				
	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					
	所在地					
入院期間 (日数)	年 月 日から 年 月 日まで 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 農協 信金	支店 支所	1 普通 2 当座		口座 名義 人	フリガナ
			口座 番号			

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
-----	----