

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		
	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	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			
		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	ﾌﾘｶﾞﾅ
			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
-----	----