

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

被保険者記号番号							
減額対象者	氏名				個人番号		
	世帯主との続柄				生年月日	年 月 日	男・女
既に減額認定証の交付を受けている方のみ記入して下さい。				交付年月日	令和	年	月 日
				適用年月日	令和	年	月 日
				長期該当年月日	令和	年	月 日

入院をした保険医療機関等	名称						
	住所地						
入院日数	令和 年 月 日から						
	令和 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		
標準負担額減額認定証の交付申請又は保険医療機関等に提出ができなかった理由							
イ. 長期入院該当申請日以降長期入院該当年月日前の入院であったため							
ロ. その他 ()							

福岡県福津市長 殿

上記のとおり関係書類を添えて国民健康保険食事療養費標準負担額減額差額の支給を申請します。

令和 年 月 日

住 所 福津市

世帯主名
(申請者)

電話番号
個人番号
来庁者氏名

振 込 先	銀行	支店	種目	口座名義人	
	信用金庫		1. 普通(総合) 2. 当座	フリガナ	
	農協		口座番号	氏名	
	信用組合				

(以下、担当者記入欄) R7年4月診療以降分

処理欄	差 額 支 給	イ (510※ - 240) 円 × () 回 = () 円	受理番号(第 号)	
		ロ (240 - 190) 円 × () 回 = () 円		台帳番号(第 号)
		ハ (510※ - 190) 円 × () 回 = () 円		合計 円
		ニ (510※ - 110) 円 × () 回 = () 円		支給等年月日
		ホ 却下(理由)		令和 年 月 日

※以下のいずれかに該当する場合、300円となります。

- ①難病及び小児慢性特定疾病の患者
- ②平成28年3月31日において1年以上継続して精神病床に入院しており、以後も引き続き入院している患者