

※町 使用 欄	決済年月日		令和 年 月 日			
	認定 ・ 却下		課長	課長補佐	係長	係

国民健康保険食事療養標準負担額減額差額支給申請書

減額対象者	被保険者番号						資格	一般 ・ 高齢	
	個人番号								
	氏名				生年月日	昭・平・令	年	月	日
	世帯主との続柄							男 ・ 女	
世帯主	住所	仁淀川町							
	氏名				生年月日	昭・平	年	月	日
減額認定証の交付状況等		発行年月日		令和		年	月	日	
		長期申請年月日		令和		年	月	日	
		長期該当年月日		令和		年	月	日	

食事療養を受けた医療機関等	名称								
	所在地								
入院期間(日数)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間								
認定後の支払うべき本来の額(A)	240 円 × 食 = 円	(合計)							
	190 円 × 食 = 円	円							
入院期間に食事療養に対し、 医療機関へ支払った額(B)	円	(領収書を添付すること)		支給額 (B-A)	円				
減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由 (必須)									
----- -----									
振込先 金融機関名	支店(所)名	預金の 種類	口座番号		(フリガナ) 口座名義人				
銀行 農協 金庫	支店 支所 店 出張所	普通 当座			()				

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

仁淀川町長 様

住 所 仁淀川町
世帯主
氏 名