国民健康保険食事療養標準負担額差額支給申請書

（宛先） 金　沢　市　長

保険者	金沢市	被保険者記号番号		

申請年月日　令和　　年　　月　　日

受付印	

窓口に来られた方	住 所			
	氏 名		電話番号	（　　）
申請者（世帯主）	住 所	金沢市		
	氏 名		電話番号	（　　）
	個人番号			
減額対象者	氏 名		生年月日	S・H・R　　年　　月　　日
	個人番号			

振込先	□ 公金受取口座を利用します（ 利用する場合は口座情報の記入不要 ）			
	□ 振込口座を指定します			
	銀　行 信用金庫 農　協	本　店 支　店 出張所	種別 普通	口　座　番　号
	口座名義人（カタカナで記入してください）			

減額認定証の交付を受けている者	発　効　期　日	令和　　年　　月　　日
	長期該当年月日	令和　　年　　月　　日
食事療養を受けた保険医療機関	名　　称	
	所　在　地	
入院期間	年　　月　　日 ～　　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	
領収書の確認（支払日）		確認印

減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由

□ 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

□ その他（　　）

支給決定額	円	内訳

確認	番号	個人 通知 住民 端末（　　）	代理	法定 委任 本人	備考		担当印	
	本人	個人 免許 旅券 手帳 在留（　　）/ 保険 介護 年金（　　）						