

国民健康保険 食事療養標準負担額差額支給申請書

記 号 ・ 番 号		南九州市		資格	一般・退職・義務教育就学前 高齢1割・高齢2割・高齢3割				
申 請 者 (世帯主)	氏 名								
	住 所								
	生年月日								
減 額 認 定 者 欄	氏 名				個人番号				
	住 所								
	生年月日				続 柄				
	交付年月日	年 月 日	認定年月日	年 月 日	区分				
	交付番号			長期該当年月日	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 日間 年 月 日 まで				
入院期間中に受けた食事療養に 対して支払った額(標準負担額)	食分 円				
減額認定証の交付申請また は提出が出来なかった理由					
発病又は負傷の理由	1:第三者行為(交通事故等) 2:その他(自損事故・疾病等)				
添 付 書 類	①減額対象者であることを証する書面(認定証等) ②入院期間を証する書面(領収書等) ③支払済みの標準負担額の領収書 ④その他()				
振 込 先 口 座 (世 帯 主 名 義 の 口 座)					
金 融 機 関 名	支 店 名	種別	口 座 番 号	口 座 名 義 人	
銀行・農協・金庫	支店・支所・出張所	普通 当座 貯蓄			
上記のとおり必要書類を添えて支給申請します。 年 月 日 住 所 申請者(世帯主) 氏 名 個人番号 電話番号 南九州市長 様					

(債権者番号:)

支 給 決 定 額		円	
減額を受けた際の本人負担額		円	
処 理 欄	(- 240)円× 食= 円	台帳番号 第 号	
	(- 190)円× 食= 円	支 給 (予 定) 年 月 日	
	(- 110)円× 食= 円		
	(-)円× 食= 円		
支 給 決 定 日		支所受付・確認	
支給通知発送日			

国民健康保険 食事療養標準負担額差額請求書

一 金

円也

食事療養標準負担額差額 として, 上記のとおり請求します。

南九州市長 様

年 月 日

請求者 住 所
(世帯主) 氏 名

委任状

住 所 _____

氏 名 _____

私は、上記の者を代理人と定め、下記の権限を委任します。

記

国民健康保険 食事療養標準負担額差額支給 の受領に関すること。

年 月 日

申請者 住 所 _____
(世帯主) 氏 名 _____

国民健康保険 食事療養標準負担額差額請求書

一 金 円也

食事療養標準負担額差額 として、上記のとおり請求します。

南九州市長 様

年 月 日

請求者 住 所 _____
(世帯主) 氏 名 _____