

国民健康保険食事療養標準負担額差額支給申請書

減額認定者	被保険者等記号・番号		井 鯖 ー ー										
	氏 名											世帯主から みた続柄	
	個人番号												
	生年月日	年 月 日											
	住 所												

減額認定証の交付を受けている者	交付年月日	年 月 日
	発効期日	年 月 日
	長期該当日	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 年 月 日まで (日間)	
入院期間中に受けた食事療養に対し支払った額 (標準負担額)	日 分	円
減額認定証の交付申請または提出ができなかった理由		
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 支払い済みの標準負担額の領収書 ④ その他 ()	

振 込 先	金融機関名	支店名	種別																		
	銀行 信金 農協	支店 支所 出張所	普通・当座																		
	口座名義人		口座番号																		
委 任 欄	この給付金の受領を、振込先名義人に委任します。 申請者 (世帯主) の氏名 ㊞																				
鯖江市長 あて 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 鯖江市 申請者 (世帯主) 氏 名 個人番号 <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> (印)																					

支 給 決 定 額		円	
(処理欄)	(円－ 円) × (日) = (円)	受 付	
	(円－ 円) × (日) = (円)		
	(円－ 円) × (日) = (円)		