

令和 年度 柳井市国民健康保険
食事療養費標準負担額減額認定 差額支給申請書

令和 年 月 日

被保険者記号番号		山 1 2 6 0 — —			
世 帯 主	住 所	柳井市 (電話番号)			
	氏 名		個人番号		
減額対象者	氏 名		生年月日	昭・平・令 年 月 日生	
	個人番号		世帯主との続柄		
長 期 申 請 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	
入院期間に受けた食事療養に対し支払った金額（標準負担額）		円
差額支給申請額	① / ~ / (-) 円 × () 食 =	円
	② / ~ / (-) 円 × () 食 =	円
	③ / ~ / (-) 円 × () 食 =	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 []		

差額支給申請額の支払方法

口座振込	銀行 信用金庫 農協	支店 店 支所	普通 当座	フリガナ 名義
				口座 番号