

国民健康保険食事療養標準負担額減額差額支給申請書

被保険者記号番号	上富良野			
世帯主	住所	上富良野町		
	氏名	Ⓜ	生年月日	年 月 日 男・女
減額対象者	氏名	生年月日	年 月 日 男・女	
		世帯主との続柄		
減額認定証の交付を受けている者	発行年月日	年 月 日		
	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			
入院期間に受けた食事療養に対し支払った額(標準負担額)				円

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			
入院期間に受けた食事療養に対し支払った額(標準負担額)				円

※減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由

- 1 制度の周知徹底が不十分であり、制度を知らなかったので申請が遅れた。
- 2 その他()

振込先	金融機関名	口座名義	口座番号

令和 年 月 日

差額支給	イ (460-210)円×	食=	円	備考
	ロ (210-160)円×	食=	円	
	ハ (160-100)円×	食=	円	
	ニ 却下(理由)			

差額支給	イ (460-210)円×	食=	円	備考
	ロ (210-160)円×	食=	円	
	ハ (160-100)円×	食=	円	
	ニ 却下(理由)			