

# 国民健康保険標準負担額差額支給申請書

記 号 番 号		個人番号	
療養を受けた方	氏 名	生年月日	男・女
	居住地	年 月 日生	
既に減額認定証の交付を受けている方のみ記入してください。		交付年月日	年 月 日
		適用年月日	年 月 日
		長期該当年月日	年 月 日

入院をした保険医療機関等	名 称	
	所在地	
入院日数	年 月 日から 年 月 日まで	日間 回
入院に際して受けた食事療養に対し支払った金額(標準負担額)		円
入院時一部負担金限度額適用・標準負担額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由		
<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> その他 ( )		

上記のとおり関係書類を添えて国民健康保険の標準負担額差額の支給を申請します。

年 月 日

世帯主 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

届出人 世帯主 受診者(下記記入) その他(下記記入)

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

延岡市長 様

電話番号 \_\_\_\_\_

市 区 町 村 処理欄	差額支給	イ (460-210)円 × ( )回 =	円	合計 円 支給予定年月日 年 月 日
		ロ (210-160)円 × ( )回 =	円	
		ハ (460-160)円 × ( )回 =	円	
		ニ (460-100)円 × ( )回 =	円	
		ホ 却下 (理由: )		
負担区分		公簿確認欄		

## 振込口座

銀行 金庫 農協	本店 支店 営業部	口座 番号	普通 当座	フリガナ 名義	
----------------	-----------------	----------	----------	------------	--