

→ @ 円 × 食 = 円  
 → @ 円 × 食 = 円  
 → @ 円 × 食 = 円 計 円

処 理 欄		認定証交付年度	審 査	係 員	受 付	年 度
受 付		R6 <input type="checkbox"/>				支給決定額  円
発 議		R5 <input type="checkbox"/>				
決 議		R4 <input type="checkbox"/>				

この申請に対して、世帯主あて、食事療養標準負担額の減額差額を支給してよいでしょうか。

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		ながさき	番	個人番号							
食事療養を受けた被保険者	氏 名		続柄								
	生 年 月 日		昭・平・令	年	月	日 生					
食事療養を受けた病院等	名 称										
	所 在 地										
入 院 期 間	令	年	月	日	～	令	年	月	日	(	日間)
	令	年	月	日	～	令	年	月	日	(	日間)
	令	年	月	日	～	令	年	月	日	(	日間)
	令	年	月	日	～	令	年	月	日	(	日間)
計 日間											
入院期間に食事療養に支払った額											円
減額認定を受けていることの確認ができなかった理由		1. 制度を知らなかった 2. その他 ( )									
世帯主の銀行口座振込先		金庫	本店	普通	番	銀行	支店	当座			
備考欄											
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日		※減額認定証発効年月日		令	和	年	月	日			
		※減額長期該当年月日		令	和	年	月	日			
世帯主 住所		長崎市	町	丁目	番	番	番	番	番	番	号
フリガナ		.....									
氏名		.....									
		(電話番号 )									
(あて先) 長崎市長											

- (添付書類等)
- ・病院等に支払った食事代が記載されている領収書
  - ・銀行等の世帯主名義の預金通帳
  - ・国民健康保険被保険者証または資格確認書