課　長	調整監	課長補佐	課　員	係

国民健康保険・食事療養標準負担額減額差額支給申請書

（　　年　　月診療分）

被保険者証の記号・番号	野　国	減額対象者の氏名			世帯主との続柄
		生年月日	昭・平・令　　年　　月　　日	男・女	
減額認定証の交付を受けている者	発行期日	年　　月　　日			
	長期入院該当	年　　月　　日			
減額認定証の交付申請又は、提出が出来なかった理由	1．食事療養費の制度を知らなかったため 2．　年　月　日より90日超のため　食分を差額支給 3．その他（　　）				
支給方法	1．口座振込 2．現金窓口払い 理由（　　）	振込先金融機関	銀行　　本 信用金庫　　支店		
			普・当	口座番号	

上記のとおり証拠書類を添えて申請します。

年　　月　　日

住　所　青森県＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

世帯主　個人番号

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿　印（TEL　－　－　）

野辺地町長　宛

国民健康保険係処理欄	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 月　日まで		日間
	入院期間に受けた食事療養に対して支払った金額（標準負担額）	（　食分）	円	
	保険資格	一般・退本・退扶	適用区分（高齢者のみ）	低所得Ⅰ・低所得Ⅱ
	≪備考≫ ①｛ア・課税1食（260円）／イ・非課税及び低Ⅱ1食（210円）｝－②｛ウ・非課税及び低Ⅱ1食（210円）／エ・非課税長期該当1食（160円）／オ・低Ⅰ1食（100円）｝×③食事回数　食			
	計算式 （　－　）円　×　食		支給額 円	