

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 生 年 月 日			世帯主との 続柄
			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	振込先 金融機関	銀 行 本		
	2. 現金窓口払い 理由 ()		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 _____ (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 日間 月 日まで			
	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 險 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 ≫				
	$\textcircled{1} \left\{ \begin{array}{l} \text{ア・課税1食(260円)} \\ \text{イ・非課税及び低Ⅱ1食(210円)} \end{array} \right\} - \textcircled{2} \left\{ \begin{array}{l} \text{ウ・非課税及び低Ⅱ1食(210円)} \\ \text{エ・非課税長期該当1食(160円)} \\ \text{オ・低Ⅰ1食(100円)} \end{array} \right\} \times \textcircled{3} \text{ 食事回数 } \text{ 食}$				
	計算式				支給額
	(-) 円 × 食				円