

国民健康保険食事療養標準負担額差額支給申請書

受付印

弘前市長 殿

個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

住所

世帯主氏名

電話

下記により食事療養費を申請するとともに、所得基準確認のために、私及び、私の世帯員の収入等の状況について、税務担当課の課税資料を閲覧することに同意します。

被保険者証 記号・番号	弘前	診療月	令和 年 月
----------------	----	-----	--------

減額対象者			支給区分	自己負担区分
国保種別		氏名		
① 食事療養を受けた医療機関			食事療養に支払った額	
名称		医療機関 コード		円
所在地				
入院期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日 日間 (回) (備考)			
② 食事療養を受けた医療機関			食事療養に支払った額	
名称		医療機関 コード		円
所在地				
入院期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日 日間 (回) (備考)			

減額認定証発行年月日	年 月 日	長期該当年月日	年 月 日
------------	-------	---------	-------

◎減額認定証の交付申請又は提出できなかった理由

イ. 認定証未交付 ロ. 医療機関へ提出できず ハ.

処理欄	支払額合計(a)	標準負担額の計算	標準負担額(b)	支給決定額(a)-(b)
	円	(260円) ⇒ 210円 × 回 = 円 (260円) ⇒ 160円 × 回 = 円 (210円) ⇒ 160円 × 回 = 円 (円) ⇒ 100円 × 回 = 円 (円) ⇒ 100円 × 回 = 円 (円) ⇒ 円 × 回 = 円 (円) ⇒ 円 × 回 = 円	円	円

支払方法	口座振替	銀行名				
		金融機関コード	預金種別	口座番号		
	口座名義人					
窓口払い	受取場所			債権者コード		
備考						