

## 国民健康保険標準負担額差額支給申請書

被保険者証記号番号			
減額対象者	氏名		
		生 年 月 日	
		年 月 日	
	個人番号		
	居住地		
		世帯主との続柄	
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
		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 日間		
	年 月 日まで ( 回 )		
入院に際して受けた食事療養に対して支払った額 (標準負担額)		円	
標準負担額減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由			
イ 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			
ロ その他 ( )			

上記のとおり国民健康保険標準負担額差額の支給を申請します。

年 月 日

世帯主 住 所 杵築市

氏 名

個人番号

杵築市長 殿

市処理欄	イ (460-210) 円 × ( ) 回 = ( ) 円	区 分
	ロ (460-160) 円 × ( ) 回 = ( ) 円	低 I ・ 低 II ・ 才
	ハ (460-100) 円 × ( ) 回 = ( ) 円	一般 ・ 退本 ・ 退扶
	ニ (210-160) 円 × ( ) 回 = ( ) 円	一般 ・ 前期 ・ 高齢
	ホ (210-100) 円 × ( ) 回 = ( ) 円	9 1 日 目
	ヘ ( - ) 円 × ( ) 回 = ( ) 円	年 月 日
	ト ( - ) 円 × ( ) 回 = ( ) 円	支 給 額 合 計
	チ ( - ) 円 × ( ) 回 = ( ) 円	( ) 円

受領方法	1. 直接払	金融機関名			支店名	
	2. 口座振込	1. 普通	口座番号			
		2. 当座	口座名義			