

国民健康保険食事療養標準負担額差額支給申請書

記号・番号		和25		1 一般		
世帯主	住所	有田郡有田町大字			生年月日	年 月 日
	氏名				*個人番号*	番号のわかる方は記入願います。
減額対象者	氏名		続柄		生年月日	年 月 日
	電話番号	-			*個人番号*	番号のわかる方は記入願います。
減額認定証の交付を受けている者		発行年月日		令和 年 月 日		
		長期該当年月日		令和 年 月 日		
入院の原因となる疾病又は負傷は交通事故等の第三者の行為によるものですか	はい いいえ	はい と答えた方 →	第三者行為の届出は 既にお済ですか	はい いいえ	いいえと答えた方は別に第三者行為の届出をお願いします	

食事療養を受けた保険医療機関等	名称					
	所在地					
入院日数	令和 年 月 日から					日間
	令和 年 月 日まで					
入院期間に受けた食事療養に対し支払った額（標準負担額）				回	円	
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 []				

振込口座	<input type="checkbox"/> 食事療養費登録済み振込口座		支払先コード	-	
	<input type="checkbox"/> 下記口座		<input type="checkbox"/> マイナンバーに登録済みの公金受取口座		
金融機関名		種別	普通・当座	フリガナ	
支店支所名		口座番号		名義人氏名	

上記のとおり関係書類を添えて国民健康保険の標準負担額差額の支給を申請します。

令和 年 月 日

有田町長 殿

町処理欄	給付判定	①非課税・②70歳以上低I・③70歳以上低II		備考
		差額支給		
		(490-230)円×()食+	(510-240)円×()食= ()円	R7.4.1~料金変更 490→510円, 230→240円,180→190円
		(230-180)円×()食+	(240-190)円×()食= ()円	
		(490-180)円×()食+	(510-190)円×()食= ()円	
		(490-110)円×()食+	(510-110)円×()食= ()円	
		(-)円×()食= ()円		
		却下 (理由:)		

届出人氏名 生年月日 昭和・平成 年 月 日	(別世帯の方のみ記入必須)	
	世帯主との関係(続柄)	
	住所	
	電話 ()	

職員確認欄	本人確認	免・パ・個カ・身・保・介・年手・年証・他 () 確認者 ()
-------	------	----------------------------------