

## 国民健康保険標準負担額差額支給申請書

【入院時の食事代の差額支給申請書】

記入例

令和 4 年 3 月 1 日

(申請先) 上田市長

世帯主 (申請人)

窓口に来られた方 (代理人)

住所 上田市大手1-11-16

住所 上田市大手1-11-16

氏名 上田 太郎

氏名 上田 花子

電話番号 0268-22-4100

個人番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2

次のとおり関係書類を添えて国民健康保険標準負担額差額の支給を申請します。

保険証記号番号	123-456-7	一般・退職(本人・家族)	認定証No.									
減額対象者	氏名	上田 花子	生年月日 昭和 40 年 1 月 1 日 平成 年 月 日 令和 年 月 日	性別	男・女							
	世帯主との続柄	妻										
	個人番号	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	9
振込先口座	銀行	組合	本店	フリガナ	ウエダ タロウ							
	金庫	支店	支所	口座名義人	上田 太郎							
	農協	出張所		口座番号	(当座・普通)	1234567						

すで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	令和 年 月 日
	適用年月日	令和 年 月 日
	長期該当年月日	令和 年 月 日
入院した保険医療機関等	名称	
	所在地	
入院日数	年 月 日 ~	年 月 日まで 日間
入院時の食事療養に対し支払った金額(標準負担額)	食事	日分 A 円
標準負担額減額認定証の交付申請又は提出できなかった理由	イ 長期入院該当申請日以降長期該当年月日前の入院であったため。	
	ロ その他 ( )	
減額負担額 B	円	
差額支給額(A - B)	円	
適用区分:		

