

支給決定年月日	課長	係長	係	合議
令和 年 月 日				

国民健康保険標準負担額差額支給申請書

区分		前期高齢	
被保険者証記号番号	岩見沢	個人番号	
減額対象者	氏名	性別	男・女
	世帯主との続柄	生年月日	年 月 日 (年齢 歳)
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
		発効年月日	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	
入院期間 (日数)		年 月 日から	日間
		年 月 日まで	
入院に際して受けた食事療養に対し支払った額 (標準負担額)		円 × 食数 =	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			
<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 単身世帯での即日入院、及びそれに類する理由があったため <input type="checkbox"/> その他 []			
口座振込先金融機関名及び口座番号	銀行	口座番号	
	信金 本・支店 農協	カナ 口座名義人	

上記のとおり関係書類を添えて標準負担額差額の支給を申請します。

年 月 日

〒

住所 岩見沢市

申請者 氏名 (世帯主) _____ (印)

電話 _____

受領については _____ に委任します。 印

岩見沢市長 様

岩見沢市 処理欄	差額 支給	<input type="checkbox"/> (260-210)円=50円×()食=()円	受付	担当	確認
		<input type="checkbox"/> (210-160)円=50円×()食=()円			
		<input type="checkbox"/> (260-160)円=100円×()食=()円			
		<input type="checkbox"/> (260-100)円=160円×()食=()円			
		生活療養標準負担額			
		<input type="checkbox"/> (460-210)円=250円×()食=()円			
<input type="checkbox"/> (460-130)円=330円×()食=()円	※ 支給決定額				
却下(理由: _____)		円			

