

→ @ 円 × 食 = 円
 → @ 円 × 食 = 円
 → @ 円 × 食 = 円 計 円

処 理 欄		認定証交付年度	審 査	係 員	受 付	平 成 年 度
受 付		H30 <input type="checkbox"/>				支給決定額 円
発 議		H29 <input type="checkbox"/>				
決 議		H28 <input type="checkbox"/>				

この申請に対して、世帯主あて、食事療養標準負担額の減額差額を支給してよいでしょうか。

国民健康保険食事療養標準負担額

減額差額支給申請書

一 般	退 本	退 扶
--------	--------	--------

被保険者証 記号・番号		ながさき							番
食事療養 を受けた 被保険者	氏 名							続柄	
	生年月日・性別	昭・平・令	年	月	日	生	男・女		
食 事 療 養 を 受 け た 病 院 等	名 称								
	所 在 地								
入 院 期 間	平・令	年	月	日	～	平・令	年	月	日 (日間)
	平・令	年	月	日	～	平・令	年	月	日 (日間)
	平・令	年	月	日	～	平・令	年	月	日 (日間)
	平・令	年	月	日	～	平・令	年	月	日 (日間)
		計 日間							
入院期間に食事療養に支払った額									円
減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由		1. 制度を知らなかった 2. その他 ()							
世帯主の銀行口座振込先		金庫	銀行	本店	普通	組合	支店	当座	番
備考欄									
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日		※減額認定証発効年月日			平成・令和		年	月	日
		※減額長期該当年月日			平成・令和		年	月	日
世帯主 住所 長崎市		町			丁目		番地号		
カガナ								
氏名								
		(電話番号			局		番)		
(あて先) 長崎市長									

- (添付書類等)
- ・病院等に支払った食事代が記載されている領収書
 - ・銀行等の世帯主名義の預金通帳
 - ・国民健康保険被保険者証
 - ・減額認定証

地域センター受付