

→ @ 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	年 度
受 付		R7 ☐				支給決定額 円
発 議		R6 ☐				
決 議		R5 ☐				

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

被保険者 記号・番号		ながさき	番	個人番号	
食事療養 を受けた 被保険者	氏 名				続柄
	生 年 月 日	昭・平・令	年	月	日 生
食 事 療 養 を 受けた病院等	名 称				
	所 在 地				
入 院 期 間	令 年 月 日	～	令 年 月 日	(日間)	
	令 年 月 日	～	令 年 月 日	(日間)	
	令 年 月 日	～	令 年 月 日	(日間)	
	令 年 月 日	～	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
減額認定を受けていることの 確認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 組合	本店 支店	普 通 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	令 和	年	月 日
		※減額長期該当年月日	令 和	年	月 日
世帯主 住所 長崎市		町	丁目	番	番地 号
フリガナ					
氏名					
		(電話番号)			
(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
・マイナ保険証または資格確認書 ・減額認定証

地域センター受付