

## 国民健康保険食事療養標準負担額差額支給申請書

川西市長 あて

次のとおり申請します。

被保険者証番号		申請日		年 月 日	
世帯主	住所	個人番号			
	氏名	生年月日		年 月 日	
減額対象者	氏名	個人番号			
	生年月日	年 月 日			
食事療養を受けた 保険医療機関等	名称	支払った標準負担額			
	所在地	円			
入院期間	年 月 日～		年 月 日		
申請理由 <input type="checkbox"/> 月 日から 月 日までの標準負担額について、長期該当の減額認定証を提示できなかったため。 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
振込口座	銀行 信用金庫 農協			支店 出張所 支所	
	普・当・貯	口座番号	名義人(カナ)		

※口座振込依頼先が、世帯主の口座と異なる場合のみ、下記委任欄にご記入ください

委任欄	川西市国民健康保険食事療養標準負担額差額については				
	住所 _____				
	氏名 _____ に受領を委任します。 年 月 日 申請者 _____ (印)				

届出人	氏名	印	世帯主との関係	
	住所	(世帯主以外の場合記入)		電話

### 処理欄

減額認定証の交付状況		発効期日	年 月 日		
長期該当年月日	年 月 日	91日目の年月日	年 月 日		
標準負担額の差額を支給する理由 <input type="checkbox"/> 長期該当年月日が翌月1日からのため <input type="checkbox"/> 申請理由が妥当と判断するため					
実際支払った標準負担額 (A)		円 ×	食 =	円	
本来支払うべき標準負担額 (B)		円 ×	食 =	円	
差額支給決定額 (A) - (B)				円	
		受付者	収納確認	収納課	充当
			有・無		有・無