

国民健康保険食事療養標準負担額差額支給申請書

記号番号		南さつま			
世帯主	氏名			世帯主の住所	南さつま市
	生年月日	M・T・S・H	年 月 日		
減額対象者	氏名			被保険者との続柄	(男・女)
	生年月日	M・T・S・H	年 月 日		
減額認定証の交付を受けている者			発効年月日	平成	
			長期該当年月日	平成	
金融機関名				支店名	
口座番号	普通・当座			口座名義人	

食事療養を受けた保険医療機関等	名称	
	所在地	
入院期間（日数）	月 日 ~ 月 日 日間	
入院期間に受けた食事療養に対し支払った額（標準負担額）		円
減額認定証の交付申請又は減額認定証を提出できなかった理由		

上記のとおり入院時の食事に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。

平成 年 月 日

世帯主 住所 南さつま市
氏名

番地
印

南さつま市長 様

支 給 決 定 伺					平成 年 月 日
課 長	課長補佐	係 長	係	支 給 決 定 額	備考
市区町村 処 理 欄	差 額 支 給	イ (260-210) 円 × () 食 = () 円 二 (260-100) 円 × () 食 = () 円			
		ロ (210-160) 円 × () 食 = () 円 ホ (210-100) 円 × () 食 = () 円			
		ハ (260-160) 円 × () 食 = () 円 ヘ (160-100) 円 × () 食 = () 円			
		ト 却下 (理由)			