国民健康保険（限度額適用）標準負担額差額支給申請書

被保険者記号番号		さいかい		
世帯主	氏　名		世帯主の住所	長崎県西海市
	生年月日			
減額対象者	氏　名		世帯主との続柄	
	生年月日			
	個人番号			
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		
		現在地		
入院期間（日数）			年　月　日　から 年　月　日　まで　日間	
入院期間に受けた食事療養に対し払った額				

減額認定証の交付申請書又は、減額認定証を提出できなかった理由

上記のとおり関係資料を添えて国民健康保険（限度額適用）標準負担額差額の支給を申請します。

年　月　日

長崎県西海市長　様

申請書　住所

氏名

個人番号

事務処理欄

限度額認定証発行年月日	令和　年　月　日	長期該当年月日	令和　年　月　日

差額支給	イ（　－　）円×（　）食＝（　）円 ロ（　－　）円×（　）食＝（　）円 ハ（　－　）円×（　）食＝（　）円 ニ（　－　）円×（　）食＝（　）円	
	合計支給額	円

添付書類確認欄（窓口）		本人確認書類		領収書		振込先がわかるもの	