

	課長	審議員 課長補佐	係長	係	受付	受付者
専決					令和 年 月 日	

## 国民健康保険食事療養標準負担額減額差額支給申請書

下記のとおり申請します。

申請日 令和 年 月 日

被保険者番号									
世帯主	住所	山都町							
	氏名			生年月日	S・H・R	年	月	日	
	個人番号	/							
減額対象者氏名				生年月日	S・H・R	年	月	日	
個人番号									
世帯主との続柄									
減額認定証の交付を受けている者			発行年月日		年			月	日
			長期該当年月日		年			月	日

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)	年			月	日から	日間		
※差額支給の対象である期間	年			月	日まで			
入院期間中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または提出ができなかった理由		<input type="checkbox"/> 長期入院該当申請日から、長期入院該当年月日までの入院であったため						
		<input type="checkbox"/> その他 [ ]						

山都町長 様

町処理欄	差額支給	イ	(260-210)円×( )食=( )円	受理番号	第	号	
		ロ	(210-160)円×( )食=( )円	台帳番号	第	号	
		ハ	(260-100)円×( )食=( )円	合計金額	円		
		ニ	却下(理由 )	支給年月日	R	年	月

# 委任状

令和 年 月 日

熊本県上益城郡山都町長 様

(世帯主)

住所 上益城郡山都町

氏名

印

私は、国民健康保険食事療養標準負担額減額差額支給申請 の受領の権限  
を下記の者に委任します。

記

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

振込先	
金融機関名	
口座種類	
口座番号	
(ふりがな) 口座名義人	

# 請 求 書

令和 年 月 日

山 都 町 長 様

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

(連絡先 \_\_\_\_\_ )

下記のとおり請求します。

記

金額 \_\_\_\_\_ 円

ただし、食事療養費差額分として

## 【振込先】

金融機関名	
口座種類	
口座番号	
口座名義人	