

(平成30年4月診療分より)

一般・退本・退扶
70歳未満・前期Ⅰ・前期Ⅱ・前期一定・3歳未満

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	南島原				
世帯主 (申請者)	住所	南島原市			番地 自治会()
	氏名	生年月日	年	月	日 男・女
	個人番号				
減額対象者	氏名	生年月日	年	月	日 男・女
	世帯主との続柄				
	個人番号				
既に減額認定証の交付を受けている方のみ記入して下さい。	交付年月日	平・令	年	月	日
	適用年月日	平・令	年	月	日
	長期該当年月日	平・令	年	月	日

入院期間(日数)	食事療養を受けた保険医療機関等	名称	入院日数	医療機関支払額
		所在地		
年 月 日 から				
年 月 日 まで				
年 月 日 から				
年 月 日 まで				
年 月 日 から				
年 月 日 まで				
計				日 円

減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由
イ 長期入院該当申請日以降長期入院該当年月日前の入院であったため
ロ その他()

上記のとおり関係書類を添えて標準負担額差額の支給を申請します。

令和 年 月 日

住所 南島原市 番地
申請者
氏名 (※)
(※) 本人が手書き(署名)しない場合は、記名押印してください。
電話 ()

南島原市長 様

支給額計算書

医療機関支払額	一般	460 円 ×	食 =	円
	非課税(低Ⅱ)	210 円 ×	食 =	円
	合計		(A)	円
支給基準額	長期非該当	210 円 ×	食 =	円
	長期該当	160 円 ×	食 =	円
	低所得者Ⅰ	100 円 ×	食 =	円
	合計		(B)	円
差引き支給額 (A) - (B)				円
支給方法	● 窓口 ● 口座振込 銀行 支店 口座番号 農協 普・当・その他 名義人フリガナ()			