

国民健康保険 食事療養費標準負担額減額差額 支給申請書

この申請書は、住民税非課税世帯等の方が食事療養費の減額認定の確認を受けずに食事代を支払った場合や、長期入院該当認定を申請した月末までの食事代について差額がある場合に、差額を申請する手続きに使用します。

<減額対象者>(国民健康保険の被保険者)

フリガナ		生年月日							
氏名		個人番号							
続柄	世帯主から見て	被保険者記号	04	番号					

<入院の状況等>

入院をした保険医療機関等	(名称)	(所在地)
入院日数	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支払った額(標準負担額)	円	
標準負担額減額認定証の交付申請又は保険医療機関等において認定を受けていることの確認を受けなかった理由	<input type="checkbox"/> 長期入院該当申請日以降長期入院該当年月日以前の入院であったため <input type="checkbox"/> その他()	

<申請者>(国民健康保険の世帯主)

益田市長 様 上記のとおり申請します。		(申請日)	年	月	日				
フリガナ		生年月日	年	月	日				
氏名	署名	個人番号							
		電話番号							
住所	(建物名等)								

<受取口座>

※原則として世帯主の口座を指定してください。世帯主以外の口座への支給を希望する場合は、別途、受領の委任状が必要です。

- 公金受取口座を利用する(利用する場合は口座情報の記入不要)。
 ※ご自身で公金受取口座をマイナポータル上にて登録している方に限ります。
- 振込口座を指定する。

金融機関名		支店名	
種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	
口座名義人(カナ)			

益田市使用欄

本人確認	提出方法	区分			負担した食事代/回 (A)
①番・免・経歴・パ 手帳・他() ②証・認・介・年金 バス・社員 他() ③ヒア ④ターンアラウンド	世帯主 員 同住() 代理人 代理権確認手段 保険証・委任状 他() <input type="checkbox"/> 郵送	<input type="checkbox"/> オ・低Ⅱ (90日以下)			減額後の 食事代/回 (B)
		<input type="checkbox"/> オ・低Ⅱ (91日以上)			1食あたりの 差額(A)-(B) (C)
		<input type="checkbox"/> 低Ⅰ			食事回数 (D)
		受付	入力	確認	支給額(C)×(D)
					国保番号
備考					宛名番号

