国民健康保険食事療養標準負担額等減額差額支給申請書　　　　　　受付

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者記号・番号 | 姶国　・ | 資格区分 | 　□　一般　　□　一般・高齢　□　退職 |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 療養者氏名 | 　 | 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 医療機関等 | 名称 |  |  |
| 所在地 |  |  |
| 診療年月日 | 　　　年　　月　　日から | 　　　年　　月　　日から |
| 　　　年　　月　　日まで（　　　日間） | 　　　年　　月　　日まで（　　　日間） |
| 標準負担額減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由 |
| 　 |
| 上記について、食事療養標準負担額等減額差額の支給申請をします。 |
| 　受領について、 | □　振込（下記口座）□　窓口払い | を依頼します。 |
| 電話番号（　　　　）　　　　―　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請人（世帯主）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　印　　　　　　　姶良市長　　　　　　　殿 |
| 振込先口座 |
| 金融機関 | □　鹿児島銀行 | □　鹿児島信用金庫 | 支店支所等 | 　 | □　支店□　支所□　出張所 |
| □　南日本銀行 | □　鹿児島興業信用組合 |
| □　あいら農業協同組合 | □　鹿児島相互信用金庫 |
| □　ゆうちょ銀行 | □（　　　　　　　　） |
| 預金種目 | 普通　 ・　 貯蓄 | フリガナ | 　 |
| 口座番号 | 　 | 預金名義人 | 　 |

※申請人と預金名義人が違う場合、委任状が必要です。

 保険者記入欄

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 収納状況 | □　滞納なし□　滞納あり　・分納履行中　・誓約履行中　・特別事情有り | 　この申請に係る世帯の世帯主及び被保険者全員に対して、市県民税が非課税であること、国民健康保険税の収納状況を確認しました。　確認者　　　　　　印・　公簿　　印 | 負担区分 | □ 非課税　　　　□ 非課税（長）□ 低所得Ⅱ　　　□ 低所得Ⅰ□ 低所得Ⅱ（長）□ 低所得Ⅰ（長）□ 低所得Ⅱ（療養）□ 低所得Ⅰ（療養） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 保険医療機関等に支払った額 | 円×　　　　　　　　食　　 | ①　　　　　　　　　円 |
| 減額後の支払うべき額 | 円×　　　　　　　　食　　 | ②　　　　　　　　　円 |
| 円×　　　　　　　　食　　 | ③　　　　　　　　　円 |
| 標準負担額減額差額支給額 | 支払った額（①）－減額後の支払うべき額（②＋③） | 円 |

上記の申請について、（　支給・却下　）してもよろしいか。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 決裁欄 | 起案年月日 | 決裁年月日 | 支給年月日 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |