



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

被 保 険 者 記 号 ・ 番 号	始国・		資格区分	<input type="checkbox"/> 一般	<input type="checkbox"/> 一般・高齢
				<input type="checkbox"/> 退職	
個 人 番 号			交通事故等の第三者行為	有 ・ 無	
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、 <input type="checkbox"/> 振込（下記口座） を依頼します。 <input type="checkbox"/> 窓口払い					
電話番号 () -					
年 月 日					
住 所 _____					
申請人（世帯主）					
氏 名 _____ ㊞					
始良市長 殿					
振 込 先 口 座					
金 融 機 関	<input type="checkbox"/> 鹿児島銀行	<input type="checkbox"/> 鹿児島信用金庫	支 店 支 所 等	<input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 支所 <input type="checkbox"/> 出張所	
	<input type="checkbox"/> 南日本銀行	<input type="checkbox"/> 鹿児島興業信用組合			
	<input type="checkbox"/> あいら農業協同組合	<input type="checkbox"/> 鹿児島相互信用金庫			
	<input type="checkbox"/> ゆうちょ銀行	<input type="checkbox"/> ()			
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	<input type="checkbox"/> 滞納なし	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。	負 担 区 分	<input type="checkbox"/> 非課税	<input type="checkbox"/> 非課税（長）
	<input type="checkbox"/> 滞納あり ・分納履行中 ・誓約履行中 ・特別事情有り			<input type="checkbox"/> 低所得Ⅱ	<input type="checkbox"/> 低所得Ⅰ
確認者 ㊞・公簿 ㊞			<input type="checkbox"/> 低所得Ⅱ（長）	<input type="checkbox"/> 低所得Ⅰ（長）	<input type="checkbox"/> 低所得Ⅱ（療養）
			<input type="checkbox"/> 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
課 長	参 事	課長補佐	係 長	係			