国民健康保険　食事療養標準負担額差額支給申請書

被保険者証記号番号		長岡		支給方法	口座振込
世帯主	氏名			世帯主の住所	
	生年月日				
減額対象者	氏名			世帯主との続柄	
	生年月日				
	個人番号				
減額認定証の交付を受けている者				発効年月日	
				長期該当年月	

振込先（どちらかを選択）

☐ 公金受取口座を利用する　**※公金受取口座を登録している方に限ります**

（以下の口座名義人の個人番号欄を御記入ください）

口座名義人の個人番号

※公金受取口座への振込を希望し、上記にチェックを入れた場合は、以下の口座情報欄の記載は必要ありませんが、記載があった場合には以下の金融機関への振込を優先します。

☐ 振込口座を指定する（以下の口座情報欄を御記入ください）

金融機関名		銀行 信金 農協 信組	支　店　名		支店 出張所
口 座 番 号	普通・当座		口座名義人	ふりがな	
				お名前	

食事療養を受けた保険医療機関	名称	
	所在地	
入院期間（日数）		年　月　日 から 年　月　日 まで　　日
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

減額認定証の交付申請書又は、減額認定証を提出できなかった理由

1．市町村民税非課税の減額認定世帯の減額認定前の入院であったため
2．市町村民税非課税の減額認定世帯の長期入院該当の減額認定申請前であったため
3．医療機関に減額認定証を提出し忘れたため
4．その他（制度を知らなかったため　等）

上記のとおり関係資料を添えて国民健康保険食事療養標準負担差額の支給を申請します。

令和　　年　　月　　日

申請者　住　所
氏　名　（自署または記名押印）
個人番号
電話番号

新潟県長岡市長　様

委任状

（受任者）
住所
氏名　（自署または記名押印）

私は、上記の者を代理人と定め、下記の権限を委任します。
・食事療養標準負担額差額の受領に関すること。

令和　　年　　月　　日　　委任者　氏名　（自署または記名押印）

処理欄

91　日　目	令和　　年　　月　　日	区分	低Ⅰ・低Ⅱ・非課税
イ．（４６０－２１０）円 × （　　）食 ＝ （　　）円 ロ．（２１０－１６０）円 × （　　）食 ＝ （　　）円 ハ．（４６０－１６０）円 × （　　）食 ＝ （　　）円 ニ．（４６０－１００）円 × （　　）食 ＝ （　　）円 ホ．（　　－　　）円 × （　　）食 ＝ （　　）円			一　般　・　退職本人 退職扶養
支給額合計　（　　）円			

備考	