

国民健康保険食事療養標準負担額差額支給申請書

令和 年 月 日

常滑市長 殿

世帯主	住 所	常滑市											
	氏 名												
	個 人 番 号												
	電 話	— —											
申請者	住 所	☐ 世帯主に同じ											
	氏 名	☐ 世帯主に同じ 続柄 ()											
	電 話	☐ 世帯主に同じ — —											

次の通り申請します。 ☐この申請において世帯主・被保険者の個人番号を常滑市が確認することに同意します。

被保険者証番号													
氏 名											生年月日	昭・平・令 年 月 日	
個 人 番 号													
減額認定証の申請又は提示 が で き な か っ た 理 由		長期認定は申請月の翌月の1日からのため											
振 込 口 座	金融機関名	銀行 ・ 農協 信金 ・ その他										本店 支店	
	口座番号	普通・当座										名義人 (カタカナ)	
A 長期該当日	年 月 日	差額支給対象期間 (A・B・Cより)											
B 実際の長期該当日 (91日目又は認定日)	年 月 日	年 月 日から											
C 発効期日	令和 年 月 日	年 月 日まで											
医療機関名	食事療養期間	上段：支払済分、中段：本来の負担分、下段：差額											
	年 月 日～ 日 (回)	() 円／食× () 回＝ () 円① () 円／食× () 回＝ () 円② 支給金額：①－②＝ () 円											
	年 月 日～ 日 (回)	() 円／食× () 回＝ () 円③ () 円／食× () 回＝ () 円④ 支給金額：③－④＝ () 円											

申請者の本人確認書類 ☐マイナカード ☐免許証 ☐パスポート ☐その他()