国 民 健 康 保 険 食 事 療 養
標 準 負 担 額 差 額 支 給 申 請 書

被保険者記号・番号		山3 － １５０００００＊＊＊		
減額対象者	フリガナ	ヤマグチ　ハナコ	生年月日	(昭)・平・令　３０年　２月　２日
	氏名	山口　花子	個人番号	**********

食事療養を受けた保険医療機関等	名　称	○○病院
	所在地	山口市
入院期間（日数）	令和　7 年　1 月　21 日から 令和　7 年　1 月　31 日まで	11 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）		12,600　円
食事療養標準負担額の減額を受けられなかった理由	☑　長期入院該当申請月のため □　（　　）	

振込希望の金融機関名（世帯主以外の口座の場合は委任状が必要）	(銀　行) ゆうちょ　信用金庫　農　協	五五八	(支　店) 支　所	口座番号	654321
	預金種別	(普通)・当座	口座名義人（カタカナ）	山口　太郎（ヤマグチ　タロウ）	

上記のとおり申請します。

令和　7　年　●　月　●　日

住　所　山口市亀山町2番1号

世帯主氏名　山口　太郎

個人番号　**********

電話番号　083-934-2802

山口市長　様

事務処理欄（　　－　　）円 ×（　　）回 ＝（　　）円	納付状況	

番号法による確認	番号確認（本人）	身元確認（本人または代理人）		代理権確認
有・無	□個人カード □通知カード □その他 （　　）	1点	□個人カ　□運免　□パス　□手帳　□在留カ □その他（　　）	□戸籍等 □委任状 □その他 （　　）
		2点	□確認書　□介護　□年金 □その他（　　）	