

**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	
減額対象者	氏名		生年月日 S・H・R 年 月 日
	個人番号		世帯主との続柄
減額認定を受けている者		認定年月日	令和 年 月 日
		長期該当年月日	令和 年 月 日

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

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
-----------------------------	---

食事療養標準負担額の減額を受けられなかった理由	<input type="checkbox"/> 長期入院該当申請月のため <input type="checkbox"/> ()
-------------------------	---

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	支店	口座番号
	信用金庫	支所	
	農協		
預金種別	・普通 ・当座	口座名義人(カタカナ)	

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

住所 _____

世帯主氏名 _____

個人番号 _____

電話番号 _____

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	<input type="checkbox"/> 個人カード <input type="checkbox"/> 通知カード その他 ()	1点	<input type="checkbox"/> 個人カ <input type="checkbox"/> 運免 <input type="checkbox"/> パス <input type="checkbox"/> 手帳 <input type="checkbox"/> 在留カ その他 ()	<input type="checkbox"/> 戸籍等 <input type="checkbox"/> 委任状 その他 ()
		2点	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 年金 その他 ()	