

【申請書記入例】

様式第15号(第28条関係)

国民健康保険食事療養標準負担額減額差額支給申請書									
福島市長					平成 〇〇年 4月 22日				
世帯主					住所 福島市五老内町3番1号				
氏名 福島 信夫					(電話番号 024 - 525 - 3773)				
次のとおり入院時食事療養標準負担額に関する領収書等を添えて申請します。									
被保険者証 記号番号	島1	0	1	0	2	0	3	円× 食	支給基準額 円
減額対象者	福島 信夫				被保険者の性別 及び生年月日	(男・女) 昭和 33年 11月 11日			
限度額適用・標準負担額減額 認定証の交付を受けている者	発行年月日		平成 〇〇年 12月 12日						
	長期該当年月日		平成 年 月 日						
食事療養を受けた保険医療機関等 ()	名称		福島県立医科歯科病院						
	所在地		福島市光が丘 〇番地の〇						
入院期間(日数)	平成 〇〇年 3月 1日から 24日まで 24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)	15,120 円								
減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由	一人世帯で、退院してからの申請となったため								
振込口座等	金融機関名	信夫山				銀行・農協 信用金庫			本店 支店
	口座番号	0	0	1	2	3	4	5	口座の 種類
	フリガナ	フクシマ ノボオ							
	口座名義人	福島 信夫							
※世帯主以外の方の口座に振込を希望される場合は、次の受取委任の欄に記入してください。									
本請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。									
平成 年 月 日									
世帯主					住所 氏名				
代理人					住所 氏名				

※申請には、病院に支払った際の領収書が必要となります。

○提出日を記入してください

○世帯主の申請になります(住所・氏名・電話番号を記入の上、捺印願います)。
(入院時の世帯主となります。)

○減額対象の被保険者についてご記入ください。
(被保険者証記号番号、氏名、性別、生年月日、限度額認定証の交付を受けている場合は発行年月日、長期該当年月日(該当者のみ))

○食事療養の内容についてご記入ください(領収書より)。
(医療機関等の名称・住所、入院期間、入院日数、食事療養に対して支払った額(標準負担額)、限度額認定証の申請または提出ができなかった理由)
※申請は、療養を受けた人ごと、月ごと、医療機関等ごとに作成してください。

○世帯主の口座情報を記入してください。
世帯主以外の口座に振り込みを希望される場合は、希望される口座情報を記入の上、下記の委任欄に記入捺印願います。

※世帯主の印は同じものを捺印願います。
代理人は振込口座の名義人になります。

※世帯主以外の口座に振込みを希望される場合、委任欄に記入捺印することにより、世帯主から代理人(口座名義人)に給付金の受領に関する権限を委任します。