

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

令和 年 月 日

個人番号

住 所

世帯主

氏 名

(電話番号 - -)

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 記 号 ・ 番 号	島1		円×	食	支給基準額		円
減額対象者の 個 人 番 号 ・ 氏 名	<input type="text"/>	被 保 険 者 の 生 年 月 日	昭・平・令 年 月 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・令和 年 月 日					
	長期該当年月日	平成・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)	平成・令和 年 月 日から 日まで 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)							
減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由							
振込口座等	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する (利用する場合は口座情報の記入不要) 公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。 通帳等の写しの提出も不要になります。 <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する						
	金 融 機 関 名	銀行・農協 信用金庫					本 店 支 店
	口 座 番 号	<input type="text"/>	口 座 の 種 類	普通			
	フリガナ						
口 座 名 義 人							

※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。

令和 年 月 日

世帯主 住 所
氏 名 ⑧

代理人 住 所
氏 名
個人番号