

様式第10号(第9条の4関係)

国民健康保険食事療養費標準負担額減額差額支給申請書

被保険者記号・番号								
減額対象者	氏 名			個人番号				
	世帯主との続柄			生年月日	年	月	日	男・女
既に減額認定証の交付を受けている方のみ記入してください。				交 付 年 月 日	年		月	日
				適 用 年 月 日	年		月	日
				長 期 該 当 年 月 日	年		月	日

入 院 を し た 保 険 医 療 機 関 等	名 称		
	所 在 地		
入 院 日 数	年 月 日から 年 月 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)		円	
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			
イ. 長期入院該当申請日以降長期入院該当年月日前の入院であったため			
ロ. その他 []			

振込先	金融機関	銀行 農協 信用金庫	支店 ()	(フリガナ) 口座名義人				
	口座種別	普通 ・ 当座 ・ その他()		口座番号				

上記のとおり関係書類を添えて国民健康保険食事療養費標準負担額減額差額の支給を申請します。

年 月 日

住所

世帯主名 (申請者) 個人番号

電話番号

夕張市長 様

夕張市 処理欄	差 額 支 給	イ (-)円×()食=()	支給決定額
		ロ (-)円×()食=()	円
		ハ (-)円×()食=()	支給年月日
		二 (-)円×()食=()	年 月 日
		ホ 却下 (理由)	