

様式第6 (第8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  
生活療養標準負担額減額

被保険者証記号番号								
減額対象者	氏名				性別	男・女	世帯主との続柄	
	生年月日	年	月	日	個人番号			
資格区分	一般・退職本人・退職扶養			適用区分	低所得者Ⅱ・低所得者Ⅰ			
減額認定証の交付を受けている者	発行期日		年		月	日		
	長期該当年月日		年		月	日		
食事・生活療養を受けた保険医療機関等	名称							
	所在地							
入院期間及び日数(うち食事回数)	年		月	日から	日間			
		年		月	日まで	(食)		
食事・生活療養について支払った額(標準負担額)				円				
減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由	1 入院中で手続きが遅れたため 2 入院日数91日目から長期該当年月日の前日までの入院のため 3 その他( )							
振込先金融機関	銀行 信用金庫 農協		本店 支店 出張所		口座の種類	普通座		
	口座番号(右づめ)		フリガナ					
			口座名義人					
上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。なお、口座名義人が申請人と異なるときは、その口座名義人に受領を委任します。								
年 月 日  住 所..... 世帯主 (アパート・マンションの名称等)..... 氏 名..... 個人番号..... 電話番号.....( ).....								
(あて先) 北名古屋市長								

処理欄	円× 食= 円	円× 食= 円
	円× 食= 円	円× 食= 円
	円× 食= 円	円× 食= 円
	(ア)合計 円	(イ)合計 円
支給決定金額((ア)-(イ))		円

