

# 国民健康保険 食事療養標準負担額 減額差額 支給申請

この申請書は、所得区分が「オ」や「低Ⅰ,Ⅱ」の方が入院された際、医療機関への限度額適用・標準負担額減額認定証またはマイナ保険証の未提示により、食事代が減額されなかった場合に、自己負担分を除いた金額を支給する申請手続きに使用します。

## <療養を受けた方> (国民健康保険の被保険者)

フリガナ		生年月日								
氏名		個人番号								
続柄	世帯主から見て 本人・妻・子・他 ( )	被保険者番号	—							

## <受けた療養の内容>

療養を受けた期間	年 月 日から	年 月 日まで	日間 ( 食)
第三者行為の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
診療を受けた病院・診療所・薬局等の名称・所在地	(名称)	(所在地)	
減額認定証またはマイナ保険証の提示ができなかった理由			

## <申請者> (国民健康保険の世帯主)

見附市長 様 上記のとおり申請します。	(申請日)	年 月 日							
フリガナ	個人番号								
署名 氏名	電話番号								
住所 〒 (建物名等)									

以下の内容に同意する場合、口座をご記入ください。

## <受取方法> 国民健康保険被保険者の場合、提出の際は通帳をお持ちいただくか、通帳の写しを添付してください。

口座名義人	カナ						
銀行口座に振込	口座番号						
銀行：信金・労金 信組・農協・漁協	本店 支店	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座					

## <委任状>

私は \_\_\_\_\_ を代理人として上記に関する受領を委任します。  
 (世帯主との関係 )

世帯主名 \_\_\_\_\_ (※)

(※) 自署でない場合は、押印してください。

## 見附市使用欄

本人確認	提出方法	受付	入力	確認	決裁	課長	課長補佐	係長	係員
①番・免・パ・手帳 他 ( )	<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 員 ( ) <input type="checkbox"/> 同住 ( )				資格				
②証・年金・児童・バス・社員・学生 他 ( )	代理権確認手段 保険証・委任状 他 ( )	標準負担額		円		取得	年 月 日		
③ヒア	<input type="checkbox"/> 郵送	減額負担額		円		喪失	年 月 日		
支給金額				円					
備考									

