

受付印

国民健康保険 食事療養標準負担額認定差額支給申請書

稲美町長様

令和 年 月 日

世帯主 (申請者)	住所	兵庫県加古郡稲美町		
	電話番号		個人番号	
	氏名		被保険者番号	

次のとおり食事療養標準負担額減額による差額の支給を申請します。

		資格区分	一般・退職
減額対象の 被保険者	氏名		世帯主との続柄
	生年月日	昭・平・令 年 月 日生	性別
			男・女

入院期間（減額対象者であった期間のみ）の日数		食事療養を受けた保険医療機関等の名称・所在地	
①	令和 年 月 日から（入院日数 日）	名称	
	令和 年 月 日から（食事療養 日）	所在地	
②	令和 年 月 日から（入院日数 日）	名称	
	令和 年 月 日から（食事療養 日）	所在地	
③	令和 年 月 日から（入院日数 日）	名称	
	令和 年 月 日から（食事療養 日）	所在地	
入院期間中に受けた食事療養に対して支払った金額（標準負担額）			支給額（町記入欄）
①	円	②	円
		③	円

口座振替 依頼者 記入欄	銀行・農業協同組合 信用金庫・信用組合		支店・支所 本店・出張所	
	預金種別	普通・当座	名義人	フリガナ
	口座番号		氏名	

※未納の国民健康保険税がある方は、役場窓口払いとなる場合もあります。

※食事療養標準負担額の差額支給額を国民健康保険税の納税に充てることを希望される方は、以下の欄に記入願います。

国民健康保険税の納税に充てたいので、食事療養標準負担額の差額支給額の受領と国民健康保険税の納税を依頼します。	世帯主氏名	(※)
		(※)本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

*受領・納税額は食事療養標準負担額の差額支給額を同額とし、「延滞金→督促手数料→国民健康保険税」の順に納付されることとします。

※稲美町記入欄

未納保険税	有・無	支給方法	口座振替・現金給付・未納充当	領収書確認
住民税非課税等確認欄		減額認定証発行年月日		長期入院該当の有無
<input type="checkbox"/> 公募で確認 <input type="checkbox"/> 市区町村長の証明(別添)による <input type="checkbox"/> 生活保護申請却下通知書(別添)による		令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 該当 (令和 年 月 日)
		非課税世帯該当年度		<input type="checkbox"/> 非該当
		年度		