

国民健康保険食事療養標準負担額減額差額支給申請書兼支給金額決定調書

R6.12.2



收受印

(提出先) 平塚市長

申請者  
(世帯主)

申請年月日	年	月	日
住所	平塚市		
氏名			
個人番号			
電話			

消えないボールペンで太枠の中を記入してください。

来庁者 (世帯主以外の方の場合はご記入ください)
氏名
電話 (続柄)

下記の口座に振込みを依頼します。

被保険者記号番号	04-	(枝番)
減額対象者	氏名	生年月日
	世帯主との続柄	個人番号
減額認定証の交付を受けている者	発行年月日	年 月 日
	長期該当年月日	年 月 日
減額認定証の交付申請 または提出ができなかった理由		

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)	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

金融機関名	銀行・信用金庫	本店	店番号
	農協・信用組合	支店 出張所	
口座番号	1 普通	(フリガナ)	世帯主との 続柄
	2 当座	口座名義人	
	3 貯蓄		

口座確認 済 未

支払済額	×食(日)数	= 合計額 ①
1食(日)当り 円	× 回(日)	= 円
減額後負担額(入院日数90日まで)	×食(日)数	= 合計額 ②
1食(日)当り 円	× 回(日)	= 円
減額後負担額(入院日数90日超)	×食(日)数	= 合計額 ③
1食(日)当り 円	× 回(日)	= 円
差額金額 = 支給決定金額 式 ( ①-② ①-③ ①-②-③ )		円

受付	入力	審査	備考
<input type="checkbox"/> 郵送			口座確認 済 未

国民健康保険食事療養標準負担額減額差額支給申請書兼支給金額決定調書

R6. 12. 2

収受印

(提出先) 平塚市長

申請者  
(世帯主)

太枠の中を記入してください。

申請年月日	令和 3 年 4 月 1 日
住所	平塚市 浅間町 9-1
氏名	平塚 太郎
個人番号	111122223333
電話	0463-23-1111

来庁者 (世帯主以外の方の場合はご記入ください)	
氏名	平塚 一郎
電話	0463-23-1111 (続柄 子)

下記の口座に振込みを依頼します。

被保険者記号番号	04-	1234567	(枝番)	03
減額対象者	氏名	平塚 花子	生年月日	昭和 22 年 2 月 1 日
	世帯主との続柄	妻	個人番号	000011112222
減額認定証の交付を受けている者	発行年月日	年 月 日		
	長期該当年月日	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)	年 月 日から	年 月 日まで
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
減額認定証の交付申請または提出ができなかった理由		

金融機関名	平塚	銀行	信用金庫	市役所	本店	店番号	123
		農協・信用組合			支店		
口座番号	1234567	1 普通	(フリガナ)	ヒラツカ ハナコ	世帯主との続柄		
		2 当座	口座名義人	平塚 花子	妻		
		3 貯蓄	口座確認 済 未				

支払済額	×食 (日) 数	= 合計額	①
1食 (日) 当り	× 回 (日)	=	円
減額後負担額 (入院日数90日まで)	×食 (日) 数	= 合計額	②
1食 (日) 当り	× 回 (日)	=	円
減額後負担額 (入院日数90日超)	×食 (日) 数	= 合計額	③
1食 (日) 当り	× 回 (日)	=	円
差額金額 = 支給決定金額 式 ( ①-② ①-③ ①-②-③ )	円		

受付	入力	審査	備考
<input type="checkbox"/> 郵送			