※長期該当見込み

受付者	受付印

保険証区分	受付者	受付印
一般		
退職本人		
退職扶養		

国民健康保険食事療養標準負担額差額支給申請書

(あて先) 八 尾 市 長

該当年月	平成 ・令和　　年　　月分

被保険者証	記号	八国	番号		続柄	
減額対象者	氏名		生年月日	年　月　日		
			個人番号			
療養を受けた保険医療機関	名　称	1　別紙のとおり	2			
	所在地	1　別紙のとおり	2			
入院期間	平成・令和　年　月　日　～　平成・令和　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

減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由

上記のとおり申請し、支給金額については支給決定後、下記の金融機関口座に支払われるよう申請します。

令和　年　月　日

世帯主住所　八尾市

世帯主氏名　㊞

個人番号

電話番号　(　　－　　－　　)

振込希望金融機関	銀行 ・ 信用金庫 農協 ・ 信用組合
支店 ・ その他 (　　)	
普通 ・ 当座	口座番号
口座名義人(世帯主) カタカナで記入	金融機関コード 店番号

健康保険課記入欄		
長期該当日	レセ処理年月	バッチーレセ
平成・令和　年　月　日	平成・令和　年　月	－

差額償還	1　(460 － 210) × (　　) 回 ＝ (　　) 円 2　(460 － 160) × (　　) 回 ＝ (　　) 円 3　(460 － 100) × (　　) 回 ＝ (　　) 円 4　(210 － 160) × (　　) 回 ＝ (　　) 円 5　(　　－　　) × (　　) 回 ＝ (　　) 円 6　却下　理由 (　　)
備考	