

※長期該当見込み

受付者	受付印

受付者	受付印

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

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	令和 年 月 日 ~ 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						
<p>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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>世帯主住所 八尾市</p> <p>世帯主氏名</p> <p>個人番号</p> <p>電話番号 (- -)</p>						
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	バッチレセ
令和 年 月 日	令和 年 月	—
差額償還	1 (490 - 230) × () 回 = () 円	
	2 (490 - 180) × () 回 = () 円	
	3 (490 - 110) × () 回 = () 円	
	4 (230 - 180) × () 回 = () 円	
	5 (-) × () 回 = () 円	
	6 却下理由 ()	
備考		