

# 国民健康保険食事療養標準負担額減額差額支給申請書

食

下記のとおり申請します。

令和 3 年 4 月 1 日

(宛先) 新潟市長

記載例

申請者(世帯主)

郵便番号 9 5 1 - ■■■■

住所 新潟市 中央区学校町通●番町●番地●

氏名 新潟 花子 電話番号 ×××-△△△-●●●●

個人番号 ■■■■■■■■■■■■■■■■■■

減額対象被保険者

被保険者記号・番号 新潟 1 2 - 3 4 5 - ■■■■ (枝番) ●●

氏名 新潟 柳都

生年月日 昭和 ■■■年■■■月■■■日

個人番号 ■■■■■■■■■■■■■■■■■■

支払区分	口座振替金融機関	預金種別	口座番号	口座名義
① 口座振替 2 その他 (現金受領の場合は、押印が必要です。)	×× 銀行 信用金庫 信用組合 労働金庫 農協	◆◆ 本店 ① 普通 2 当座 3 貯蓄 4 別段 支店 出張所	1234●●●●	(フリガナ) ニカタハコ 氏名 新潟 花子

委任状 この欄は申請者(世帯主)以外の口座に振込を希望する場合に記入してください

支給される金額の受領を下記の者に委任します。

年 月 日

郵便番号 ■■■■ - ■■■■

受任者 住所 別々の印鑑(認印でも可)を押印してください

氏名 印 電話番号 - -

(受任者、委任者とも押印願います。)

委任者(世帯主) 印

処理欄(以下は、記入しないでください。)

この欄は、記入不要です

減額認定証の発行年月日等	発行年月日	令和 年 月 日	長期該当年月日	令和 年 月 日
食事療養を受けた医療機関等	名称	所在地	入院期間	年 月 日から 年 月 日まで 食
入院期間に受けた食事療養に対して支払った額	円	被保険者負担額	210円 × 食 160円 × 食 100円 × 食	計 円
減額認定を受けていることの確認を受けなかった理由				
一般	支給決定金額			受付者
退職	本人	千 円	受付区	管轄区
職	扶養	円	年度	適用区分