

国民健康保険食事療養費標準負担額差額支給申請書																			
(あて先) 臼杵市長												年 月 日							
申請者 (世帯主)												住所				臼杵市			
												氏名							
												電話番号							
下記のとおり医療に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。 また、国民健康保険法に基づく手続きにあたり申請者及び療養を受けた者の個人番号(マイナンバー)が不明な場合は、臼杵市が住民基本台帳から確認することに同意します。																			
記号番号												区分		一般 ・ 退職(本人 ・ 扶養)					
減額対象となる者		世帯主との続柄		性別		生年月日				個人番号(マイナンバー)									
口座		銀行 金庫 組合										普通		支店 支所 出張所					
		口座番号										口座名義人(カナ)							
(※世帯主と口座名義人が違う場合は、この欄に署名捺印してください。)																			
上記名義人口座への振込を承諾します。 世帯主氏名																			
療養を受けた内容(領収書、証明書などを添付してください。)																			
既に減額認定証の交付を受けている方のみ記入		交付年月日				年 月 日													
		適用年月日				年 月 日													
		長期該当年月日				年 月 日													
入院をした保険医療機関の名称・所在地		名称																	
		所在地																	
療養期間 日間						療養に要した費用													
年 月 日～ 年 月 日						円													
標準負担減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由																			
1. 寝たきり・独居老人・施設入所のため																			
2. 月の途中で長期入院該当となったため																			
3. 急な入院のため																			

差額支給	イ (-)円 × ()回 = ()円				合計
	ロ (-)円 × ()回 = ()円				
	ハ (-)円 × ()回 = ()円				
	ニ (-)円 × ()回 = ()円				
	ホ 却下(理由:				