

国民健康保険標準負担額差額支給申請書



金額	千	百	十	万	千	百	十	円
----	---	---	---	---	---	---	---	---

被保険者 記号・番号	小樽		減額対象者	個人番号	世帯主 の 続 き 柄
			氏名		

食事療養を受 けた医療機関		差額に係る 入院期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで (うち食事療養のない日・回)	日間
------------------	--	---------------	---	----

減額認定証の	発効期日	令和 年 月 日	入院期間に受けた食事 療養に対し支払った額	円
	長期該当日	令和 年 月 日		

字
抹
入



減額認定証の交付 申請又は提出が できなかった理由	イ 減額認定証記載日以前の分 ロ 制度の不承知 ハ その他()
---------------------------------	--

傷病原因について、業務上又は第三者行為の有無 (有 無)

上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添付して申請します。

令和 年 月 日 郵便番号〒 TEL - -
住所 小樽市 丁目 番 号
町 番地

小樽市長 迫 俊 哉 様

個人番号	
世帯主 氏名	印

支払区分	1	窓口払	4	口座振替払	7	隔地払	△	支出特例
------	---	-----	---	-------	---	-----	---	------

口座振替 の場合	振込先金融機関	フリガナ	
		口座名義人	
	預金の種類	A 普通 B 当座	口座番号

字
抹
入



受領を 委任す る場合	私は、次の者を代理人と定め、標準負担額差額の受領に係る一切の手続を委任します。			
		令和 年 月 日		
	郵便番号〒 代理人の住所 小樽市	丁目 番 号 町 番地		
	氏名	委任者の氏名		印

(現金での受領の場合に要する印鑑 印)

右のとおり 決定する。	(-)円×	食=	円	(-)円×	食=	円
	(-)円×	食=	円	(-)円×	食=	円
	(-)円×	食=	円	(-)円×	食=	円
	計			食		円

郵送で書類を提出される方へ

◎個人番号を記載して書類を提出していただく場合、免許証等の本人確認書類の写しの添付が必要です。

◎上記の本人確認書類の写しは、個人番号カード、免許証、身体障害者手帳、パスポート、雇用保険受給資格者証など、顔写真付きの書類の場合は1点、資格確認書や介護保険証、年金手帳、年金証書、ふれあいパスなど顔写真のない書類の場合は2点の添付が必要です。

◎個人番号が分からない等、記載が難しい場合は、個人番号の記載を行わなくても
手続を行うことができます。