

## 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	123456	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  
加  
入小  
樽

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。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

郵便番号 〒 047 - 0024

TEL 0134 - 〇〇 - 〇〇〇〇

住所 小樽市 花園2 丁目 12 番 1 号  
町 番地

小樽市長 迫 俊 哉 様

個人番号 〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇

世帯主  
氏名 小樽 太郎 小樽

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	オタル ハナコ
	小樽銀行 小樽支店	口座名義人	小樽 花子
	預金の種類	A 普通 B 当座	口座番号 1234567

字  
加  
入小  
樽

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。 令和〇〇年〇〇月〇〇日 郵便番号 〒 047 - 0024 代理人の住所 小樽市 花園2 丁目 12 番 1 号 町 番地 氏名 小樽 花子 委任者の氏名 小樽 太郎 小樽 (現金での受領の場合に要する印鑑 ㊞)
-------------------	--

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