

# 国民健康保険食事療養費標準負担額差額支給申請書

平成 年 月 日

被保険者記号番号		砂 川		一 般・退 本・退 扶	
世 帯 主	住所			個人番号	
	氏名	印	男・女	生年月日	年 月 日
減額対象者	氏名		男・女	生年月日	年 月 日
	世帯主との続柄			個人番号	
減額認定書の交付を受けているもの			発行年月日	平成	年 月 日
			長期該当年月日	平成	年 月 日

食事療養を受けた保険医療機関等	名 称				
	所在地				
入院期間（日数）	平成	年	月	日から	日間
	平成	年	月	日まで	
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または提出ができなかった理由					
病院に支払った額		減額後の金額		差し引き金額	
円		円		円	