

大牟田市国民健康保険標準負担額減額差額支給申請書
(食事療養費・生活療養費)

〒 大牟田市		年 月 日		<input type="checkbox"/> 前期高齢者（ ） <input type="checkbox"/> 65-69歳 <input type="checkbox"/> 65歳未満 <input type="checkbox"/> 未就学児	
世帯主名		(電話		— —)	
世帯主の個人番号					
大牟田市長殿 関係書類を添えて次のとおり申請します。					
減額対象者の氏名・個人番号			記 号 番 号		—
			一般・退職別		一般 ・ 退本 ・ 退扶
			生 年 月 日		年 月 日
受取口座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。(利用する場合は口座情報の記入不要) <input type="checkbox"/> 下記のとおり振込口座を指定します。				
	銀 行 本店 信用金庫 支店 農 協 支所		口座名義 (カタカナ)		
	金融機関コード 店番		口座番号	普通 当座 貯蓄	
標準負担額減額差額（食事療養費・生活療養費）の受領を上記名義人口座に指定します。					
世帯主名 印 (自署の場合は押印不要)					
減額認定の状況	発 効 年 月 日		年 月 日		
	長 期 該 当 年 月 日		年 月 日		
	長 期 実 該 当 日		年 月 日		
保険医療機関	名 称		名 称		
	所在地		所在地		
差額支給の対象となる入院期間	年 月 日から 年 月 日まで		年 月 日から 年 月 日まで		食
食事療養・生活療養について支払った標準負担額 円					
減額認定を受けていることの確認ができなかった理由	1 長期入院該当日が申請日の翌月初日となるため。 2 その他 []				
支給(不支給)決定額等	差額支給	1 (—) 円× (—) 食 = (—) 円			
		2 (—) 円× (—) 食 = (—) 円			
		3 (—) 円× (—) 食 = (—) 円			
		支給額合計 円			
不支給 理由 :					

注・太枠の中のみ記入してください。