

(表)

支 給 決 定 額	課 長	補 佐	係 長	係 員	
国民健康保険食事療養費標準負担額差額支給申請書					
被保険者証の 記号・番号	村	被保険者氏名			
	上	個人番号			
交 付 年 月 日	年 月 日	生年月日	年 月 日		
適 用 年 月 日	年 月 日	入院日数	年 月 日から		
長 期 該 当 年 月 日	年 月 日		年 月 日まで		
入院をした保険医療機関等	名 称				
	所在地				
入院に際して受 けた食事療養に 対し支払った額	(標準負担額) 円	(差額支給額) 円	(患者負担額) 円		
標準負担額減額認定書の交付申請又は提出ができなかった理由					
1 長期入院該当申請日以降長期入院該当年月日前の入院であるため					
2 その他 ( )					
備 考	給付分あり	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する (利用する方は口座情報記入不要)			
		振 込 銀 行		支 店 名	
		預 金 種 別	普 通	口 座 番 号	
			当 座		
口座名義人	(世帯主口座に限定)				
上記のとおり関係書類を添えて国民健康保険食事療養の標準負担額差額の支給を申請します。					
年 月 日	住 所	村上市			
(宛先) 村 上 市 長	世帯主の氏名				
	電 話 番 号	( ) -			

村 上 市 処 理 欄	差 額 支 給	1 (460-210) × ( )食 = ( )円	受 理 番 号 (第 号) 台 帳 番 号 (第 号) 合 計 ( )円 支 給 等 年 月 日 年 月 日
		2 (460-160) × ( )食 = ( )円	
		3 (210-160) × ( )食 = ( )円	
		4 却 下 理 由 : ( )	

(裏)

(委任状)

私は、国民健康保険食事療養費標準負担額差額の受領に関しては、下記のことを代理人と定め、権限を委任します。

世帯主

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

(自署の場合は押印不要)

代理人

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_