

国民健康保険生活療養標準負担額減額差額支給申請書

(令和 年 月 診療分)

被保険者証記号番号		阿賀				種別	一般被保険者			
世帯主	住所									
	氏名				生年月日	大・昭 平	年	月	日	男・女
減額対象者	氏名				生年月日	昭・平 令	年	月	日	男・女
	個人番号					世帯主との 続柄				
交付している 標準負担額減額認定証		発効年月日			平・令		年	月	日	
		長期該当年月日			平・令		年	月	日	
生活療養を受けた 保険医療機関等	名称									
	所在地									
入院期間（日数） ※差額支給の対象期間	令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで	（	日間）
入院の際に受けた生活療養に対し支払った額（標準負担額）					（		）円×（	）食＝	円	
標準負担額減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由										
<input type="checkbox"/> 入院中などのため申請できなかった。						<input type="checkbox"/> その他				
<input type="checkbox"/> 長期入院該当申請日以降、又は長期入院該当日前の入院であった。						（				
<input type="checkbox"/> 減額の制度を知らなかった。						）				
支給決定額	円		内 訳	(( ) 円 - ( ) 円) × ( ) 食 = 円 (( ) 円 - ( ) 円) × ( ) 食 = 円						
振込先 金融機関					銀行・労働金庫 農協・信用組合 信用金庫	本店 支店 出張所				
口座種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		口座番号							
口座名義	フリガナ									
	漢字									
委任状〔申請者（世帯主）以外の口座への振込を希望する場合に記入・押印してください。〕										
受任者住所										
受任者氏名										
④ (申請者との続柄： )										
支給される金額の受領を上記の者に委任します。										
委任者（世帯主）氏名										
④										

上記のとおり関係書類を添えて生活療養標準負担額減額差額の支給を申請します。

令和 年 月 日

阿賀町長 様

住 所

申請者 氏 名  
(世帯主)

個人番号

電話番号

国民健康保険生活療養標準負担額減額差額支給申請書

(令和 元年 5月診療分)

記入例

被保険者証記号番号	阿賀	0	1	2	3	4	5	6	7	種別	一般被保険者			
世帯主	住所	阿賀町津川 580 番地												
	氏名	阿賀 太郎			生年月日	大・ <input checked="" type="radio"/> 平	20年 1月 1日		<input checked="" type="radio"/> 男・女					
減額対象者	氏名	阿賀 太郎			生年月日	<input checked="" type="radio"/> 平・令	20年 1月 1日		<input checked="" type="radio"/> 男・女					
	個人番号	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	9	8	世帯主との続柄
交付している標準負担額減額認定証	発効年月日	平・令			年	月	日							
	長期該当年月日	平・令			年	月	日							
生活療養を受けた保険医療機関等	名称	■■病院												
	所在地	新潟市中央区新光町●●番地												
入院期間(日数) ※差額支給の対象期間	令和 元年 5月 1日から 令和 元年 5月 8日まで ( 8 日間)													
入院の際に受けた生活療養に対し支払った額(標準負担額)	(360)円 × (22)食 = 7,920円													
標準負担額減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由														
<input checked="" type="checkbox"/> 入院中などのため申請できなかった。 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 長期入院該当申請日以降、又は長期入院該当日前の入院であった。 ( ) <input type="checkbox"/> 減額の制度を知らなかった。														
支給決定額	円	内 訳	(( )円 - ( )円) × ( )食 = 円 (( )円 - ( )円) × ( )食 = 円											
振込先金融機関	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行・労働金庫 <input type="checkbox"/> 農協・信用組合 <input type="checkbox"/> 信用金庫													
口座種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号 0 0 0 0 1 2 3												
口座名義	フリガナ	アガ タロウ												
	漢字	阿賀 太郎												
委任状〔申請者(世帯主)以外の口座への振込を希望する場合に記入・押印してください。〕														
受任者住所														
受任者氏名 <input type="checkbox"/> (申請者との続柄: )														
支給される金額の受領を上記の者に委任します。														
委任者(世帯主)氏名 <input type="checkbox"/>														

上記のとおり関係書類を添えて生活療養標準負担額減額差額の支給を申請します。

令和 元年 5月 12日

阿賀町長 様

住 所 阿賀町津川 580 番地

申請者 氏 名 阿賀 太郎  
(世帯主)

個人番号 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 9 8

電話番号 0254-92-5761