

※長期該当見込み

受付者	受付印

受付者	受付印

国民健康保険食事療養標準負担額差額支給申請書

(あて先) 八 尾 市 長				該 当 年 月	令 和	年	月 分		
被 保 険 者	記 号	八 国	番 号			続 柄			
減 額 対 象 者	氏 名			生 年 月 日	年 月 日				
				個 人 番 号					
療 養 を 受 け た 保 険 医 療 機 関	名 称	1 別紙のとおり	2						
	所 在 地	1 別紙のとおり	2						
入 院 期 間	令 和 年 月 日 ～ 令 和 年 月 日 ま で 日 間								
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又は提出ができなかった理由									
上記のとおり申請し、支給金額については支給決定後、下記の金融機関口座に支払われるよう申請します。									
令 和 年 月 日									
世 帯 主 住 所 八尾市									
世 帯 主 氏 名									
個 人 番 号									
電 話 番 号 (— —)									
振込希望金融機関		銀行 ・ 信用金庫 農協 ・ 信用組合							
支 店 ・ そ の 他 ()									
普 通 ・ 当 座		口 座 番 号							
口 座 名 義 人 (世 帯 主) カタカナで記入						金融機関コード			
						店 番 号			

健 康 保 険 課 記 入 欄			
長期該当日		レセ処理年月	バッチーレセ
令 和 年 月 日		令 和 年 月	—
差 額 償 還	1 (490 — 230) × () 回 = () 円		
	2 (490 — 180) × () 回 = () 円		
	3 (490 — 110) × () 回 = () 円		
	4 (230 — 180) × () 回 = () 円		
	5 (—) × () 回 = () 円		
	6 却 下 理 由 ()		
備 考			