

※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 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						