

# 国民健康保険 食事療養標準負担額差額 支給申請書

下記のとおり食事療養費を申請します。

申請者（世帯主） 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_  
弘前市長 様

被保険者記号・番号	申請者（世帯主）氏名	診療年月	課税区分	所得区分
弘前		令和 年 月	ア・イ・ウ・エ・オ	現Ⅲ・現Ⅱ・現Ⅰ・ 一般・低Ⅱ・低Ⅰ
食事療養を受けた人	氏名		個人番号	
食事療養を受けた医療機関 ①	入院期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	食事回数	回
	医療機関	名称 所在地	食事療養に支払った額	円
食事療養を受けた医療機関 ②	入院期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	食事回数	回
	医療機関	名称 所在地	食事療養に支払った額	円
限度額認定証発行年月日	年 月 日	長期該当年月日	年 月 日	
減額認定証の交付申請又は提出できなかった理由	<input type="checkbox"/> 認定証未交付 <input type="checkbox"/> 医療機関へ提出できず <input type="checkbox"/> その他（			
処理 覧	支払額合計 (a)	標準負担額の計算	標準負担額 (b)	支給決定額 (a)-(b)
	円		円	円
受取 口座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する。 ※ご自身で公金受取口座をマイナポータル上にて登録している方に限ります。 <input checked="" type="checkbox"/> 振込口座を指定する。			
振込	振込先	コード	名称	(フリガナ)
	金融機関		銀行 信用金庫 協同組合	口座名義人
	支店		本店 支店 出張所	口座番号
	口座種別	普通		

受付印