第9号様式(第16条関係)

国民健康保険食事療養標準負担額等差額支給申請書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証記号番号 | | 鹿出 | | | |
| 減額対象者 | 氏　　　名 |  | 生年月日 | 年　月　日 | 男・女 |
| 個人番号 |  | 住　　所 |  | |
| 世帯主との続　　　柄 |  | 一般　退本　退扶 | | |
| 減額認定証の交付を  受けている者 | | 発行年月日 | 年　　月　　日 | | |
| 適用年月日 |  | | |
| 長期該当年月日 | 年　　月　　日 | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 食事療養(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)  (差額支給の対象となる期間) | | 年　　月　　日から  　　年　　月　　日まで | | | | 日間 | |
| 入院期間に受けた食事療養(生活療養)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 | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 上記のとおり関係書類を添えて | 食事療養標準負担額減額差額  生活療養標準負担額減額差額 | | | | の支給を申請します。 | |

　　　　年　　月　　日

住　　所

世帯主　氏　　名

個人番号

電話番号

（宛先）出水市長