国民健康保険食事療養標準負担額
減額差額支給申請書

被保険者記号・番号		我　　－	□一般　□退職者　□退職者扶養	
減額対象者	個人番号		生年月日	昭・平・令　年　月　日
	氏名		世帯主との続柄	

減額認定証の交付状況	発行年月日	令和　年　月　日
	長期該当年月日	令和　年　月　日
	未交付	退院のため　・　その他
食事療養を受けた保険医療機関等	名　称	
	所在地	
入院期間（日数）	令和　年　月　日　から 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または提出ができなかった理由〉

上記の通り申請します

令和　　年　　月　　日

世帯主　住　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

個人番号

氏　　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿

連 絡 先 ＿＿＿＿＿＿＿＿

我孫子市長あて

振込先	銀行名/コード		支店名/コード	
	口座種別	1. 普通　2. 当座　3. 別段　4. 貯蓄預金　9. 他	口座番号	
	名義人（カナ）			
	名義人（漢字）			

処理欄	非課税世帯確認	□ 公簿　□ 市民税非課税証明書　□ 保護申請却下通知書	
	支払った額	（　－　）円×（　　）回＝（　　）円	差額支給額
		（　－　）円×（　　）回＝（　　）円	
		（　－　）円×（　　）回＝（　　）円	円
		（　－　）円×（　　）日＝（　　）円	
		却下（理由：　　）	支給等年月日
	備　　考		

窓口個人番号確認	照合未	S・C担当	本庁窓口受付	担当
□照合済（個人カ・通知カ・個番号入住民票） □本人確認済（　　）				