

食事療養標準負担額減額差額支給申請書

令和 年 月 日

境 港 市 長 様

住 所 境港市

申請者（世帯主） 氏 名

電話番号

個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

下記のとおり申請します。

被保険者記号・番号	境港・〔区分〕												
減額対象となる被保険者	氏 名												
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日											
	個人番号												
食事療養を受けた月	平成・令和 年 月												
食事療養を受けた医療機関等	名称												
	所在地												
入院期間及び入院日数	平成・令和 年 月 日 から 日間 平成・令和 年 月 日 まで												
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	
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ができなかった理由													

※ 振込先口座（世帯主名義の口座のみ）

●金融機関名〔 銀行・信用金庫・協同組合〕 ●預金種別〔普通・当座〕											
●支店名〔 支店・支所・出張所〕		●口座番号									
●口座名義人(カタカナで記入)〔 〕											

※ 市記入欄

支払った標準負担額	円	〔 〕円×〔 〕食＝〔 〕円
		〔 〕円×〔 〕食＝〔 〕円
減額後の負担額	円	〔 〕円×〔 〕食＝〔 〕円
		〔 〕円×〔 〕食＝〔 〕円
差額支給決定額	円	〔 〕円－〔 〕円＝〔 〕円
支出命令日	令和 年 月 日	