

常務理事			事務長	係
庶務	会計	業務		

国民健康保険食事療養費標準負担額減額差額支給申請書

支給決定額	円
-------	---

被保険者証記号・番号				
組 合 員	氏 名	生年月日	年 月 日	男・女
減額対象者	氏 名	生年月日	年 月 日	男・女
	組合員との続柄			
限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を受けている者		発行年月日	令和 年 月 日	
		長期該当年月日	令和 年 月 日	
食事療養を受けた保険医療機関等		名 称		
		所 在 地		
入院期間日数及び食事回数		令和 年 月 日 から	日間	回
		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)		①	円 × 回	円
標準負担額減額により支払うべき額		②	円 × 回	円
支 給 決 定 額		① - ②		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				
振込希望 金融機関	1. 銀行 (銀行 支店)		ふりがな 口座名義 (組合員名義)	
	2. 長崎県医師信用組合			
預金種目	1. 普通 2. 当座 3. 貯蓄	口座番号		

様式第二十三号

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

〒

住所
組合員 氏 名

印

長崎県医師国民健康保険組合理事長 殿

注意 入院期間を確認できる書類、現に支払った標準負担を証明する書類、その他標準負担額の減額の認定に関する事実を証する書類を添付してください。