

国民健康保険食事療養標準負担額減額差額支給申請書

差 額 申 請 用

診 療 月	年 月 分		被 保 険 者 記 号 番 号		東大阪 ー	
減額 対象者	氏 名			生 年 月 日	昭・平・令 年 月 日	
	世 帯 主 と の 続 柄			個 人 番 号	ー ー	
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	
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又は提出ができなかった理由						
上記のとおり減額差額の支給を申請し、私が指定する下記金融機関に振り込むことを依頼 (承諾) します。						
令和 年 月 日						
(宛先) 東大阪市長						
住 所 東大阪市						
申請者 (世帯主) 氏 名						
電話番号 ()						
振込指定銀行	銀行・信金		本 店	名 義 人	(フリガナを必ずお付けください。)	
	信組・農協		支 店			
	普・当・貯 No.					

市 使 用 欄	支給決定額 円				受 領 印	
	イ. 270 円 (510-240) × () 回 = () 円					
	ロ. 320 円 (510-190) × () 回 = () 円					
	ハ. 50 円 (240-190) × () 回 = () 円					
	ニ. 260 円 (490-230) × () 回 = () 円					
	ホ. 310 円 (490-180) × () 回 = () 円					
	ヘ. 50 円 (230-180) × () 回 = () 円					
	ト. 円 (-) × () 回 = () 円					
	チ. 不支給 (理由)					
決 定 欄	課長 総括主幹 主査 主任 担当者				起案日	令和 年 月 日
					決裁日	令和 年 月 日