

食事療養
国民健康保険
標準負担額減額差額分支給申請書
生活療養

減額対象者	氏名 個人番号				被保険者記号・番号		柏国	
				宛名番号				
	生年 月日	S H R	年	月	日	男・女	世帯主 との続柄	
療養を受けた 保険医療機関 等	名称							
	所在地							
	期間	年	月	日から	年	月	日まで	日間
減額が受けられなかった理由								
<input type="checkbox"/> 長期該当の手続き期間中であった <input type="checkbox"/> 減額の制度を知らなかった				<input type="checkbox"/> 入院中などのため申請できなかった <input type="checkbox"/> その他 ()				
上記療養に対し支払った額（標準負担額）					円			

上記のとおり、標準負担額差額を申請します。

令和 年 月 日

柏原市長様

世帯主	住所	柏原市				
	氏名				連絡先	()
申請人	住所				世帯主 との続柄	
	氏名				連絡先	()

上記標準負担額差額分について、下記の口座にお振込みください。

金融機関	預金科目・番号	口座名義人
銀行・信用金庫・農協	普通・当座・貯蓄	※カタカナで記入してください
		本・支店

保 險 者 処 理 欄	月支給決定金額			円		
				月分 (食)	円	
イ (510 - 240) 円 × () 食 = () 円				月分 (食)	円	
				= 保険者	円 + 一部	
				月分 (食)	円	
				= 保険者	円 + 一部	
				月分 (食)	円	
				= 保険者	円 + 一部	
				月分 (食)	円	
				= 保険者	円 + 一部	
合 計 () 円			月分 (食)	円		
ト却下 (理由 :)			= 保険者	円 + 一部		