

食事療養
国民健康保険
生活療養

標準負担額減額差額分支給申請書

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
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"/> 入院中などのため申請できなかった								
<input type="checkbox"/> 減額の制度を知らなかった								
<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
	普通・当座・貯蓄	※カタカナで記入してください
銀行・信用金庫・農協	本・支店	

保 険 者 処 理 欄	月支給決定金額		円	
	イ（５１０－２４０）円×（	）食＝（	）円	月分（食）円
	ロ（２４０－１９０）円×（	）食＝（	）円	＝保険者円＋一部円
	ハ（５１０－１９０）円×（	）食＝（	）円	月分（食）円
	ニ（５１０－１１０）円×（	）食＝（	）円	＝保険者円＋一部円
	ホ（－）円×（	）食＝（	）円	月分（食）円
	ヘ（－）円×（	）食＝（	）円	＝保険者円＋一部円
		合 計（	）円	月分（食）円
	ト却下（理由：		）	＝保険者円＋一部円