

# 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兼請求書

令和 年 月 日

守口市長 様

下記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請し、請求します。

〒

住 所 \_\_\_\_\_

請求者 個人番号 \_\_\_\_\_

(世帯主) 氏 名 \_\_\_\_\_

電話番号 [ ]

[減額認定者] 療養を受けた 被保険者氏名 [生年月日] [個人番号]	世帯主 との続柄	
	被保険者 記号・番号	
	交通事故等の 第三者行為	有 ・ 無
療 養 期 間	年 月 日 から 年 月 日 まで 日間	

療養を受けた保険機関等	減額認定証を交付申請又は提出できなかった理由

差 額 支 給	イ ( - ) 円 × ( ) 回 = ( ) 円	合 計						円
	ロ ( - ) 円 × ( ) 回 = ( ) 円							
	ハ ( - ) 円 × ( ) 回 = ( ) 円							
	ニ ( - ) 円 × ( ) 回 = ( ) 円							
	ホ 却下(理由)							

【確認書類】  1 領収書  2 その他 ( )

## 口座振替依頼書

振 込 先 金 融 機 関	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	本店 支店 出張所	預 金 別	1 普通 2 当座 3 貯蓄 4 その他 ( )
(カタカナ) 口座名義	口 座 番 号			

食事療養費差額の支給申請については、被保険者等が保険医療機関等に支払った日の翌日から2年を経過すると、消滅時効となり、申請ができなくなりますので上記の振込先口座をご記入の上、速やかにご申請いただきますよう、よろしくお願いいたします。

処 理 欄	審査担当	入力者	受付者	受付日 令和 年 月 日
				入力日 令和 年 月 日