

国民健康保険 食事・生活療養費標準負担額 差額支給申請書

この申請書は、入院中の食事代にかかる費用のうち、被保険者が負担する「標準負担額」について、やむを得ず減額認定証の提出ができなかった場合や入院日数が長期該当になった場合に、差額分の払い戻しをする申請手続きに使用します。

＜療養を受けた方＞（国民健康保険の被保険者）

フリガナ		生年月日	年 月 日
氏名		個人番号	
続柄	世帯主から見て 本人・妻・子・他()	被保険者番号	北見 ー

＜受けた療養の内容＞

食事療養を受けた期間	年 月 日から 同年 月 日まで	日間	
減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由		上記期間に要した標準負担額	食 × 円 計 円
食事療養を受けた保険医療機関等	(名称)	(所在地)	

＜申請者＞（国民健康保険の世帯主）

北見市長 様 (申請日) 年 月 日			
上記のとおり申請します。			
フリガナ		生年月日	年 月 日
氏名	署名	個人番号	
		電話番号	ー ー
住所	(建物名等)		

＜受取方法＞ ※原則として世帯主の口座を指定してください

口座名義人	カナ															
郵便局の通帳に振込	通帳の記号					通帳の番号										
	1				0	ー										1
銀行口座に振込	口座番号															
	銀行・信金・労金	本店	<input type="checkbox"/> 普通													
	信組・農協・漁協	支店	<input type="checkbox"/> 当座													

※やむをえず口座を利用できない場合

為替証書払い

窓口払い

市処理欄

ー

北見市使用欄

本人確認	提出方法	区分			審査調書	
①番・免・パ・手帳 他()	□世帯主 □員()	オ			支払った標準負担額 (A)	食 × 円
		区分Ⅱ・区分Ⅰ				
②証・年金・児童・バス・社員・高齢証 他()	□代理人 代理権確認手段 保険証・委任状 他()	受付	入力	確認	支給決定額 (A-B)	円
③ヒア	□郵送				宛名番号	
備考						

