（平成３０年４月以降診療分）

課 長	課長補佐	係 長	係

窓口受付

国民健康保険　限度額適用・標準負担額減額認定申請書兼
食事療養費標準負担額減額支給申請書

被保険者証	記号	五所川原	番号								

世帯主	住所	五所川原市字布屋町４１番地１														
	氏名	五所　太郎											生年月日	昭和・平成・令和	○ 年 ○ 月 ○ 日	男・女
	マイナンバー	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12			
	※公金受取口座を利用する場合は記入必須															
対象者	氏名	五所　花子（受診者）											生年月日	昭和・平成・令和	○ 年 ○ 月 ○ 日	男・女
	マイナンバー	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12			
世帯主との続柄	妻															

長期入院	該当　・　非該当	91日到達年月日	令和　　年　　月　　日
減額認定証の交付を受けている者	発行期日		
	長期該当年月日		
入院した保険医療機関等	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払った額（標準負担額）	円　（　　食）		

標準負担額減額認定証の交付申請　又は　提出できなかった理由
（ア）　長期入院該当年月日時に入院していたため　　（イ）　その他

支給方法	☐　世帯主の公金受取口座を利用します。　※マイナポータルでの登録を済まされた方が利用できます。 ☑　振込口座を指定します。（下記に口座情報をご記入ください。）											
振込先	○　○　銀行・金庫・組合・農協　○　○　支店・支所・出張所											
	普通・当座	フリガナ	ゴショ　タロウ									
		口座名義人	五所　太郎									
	店番・口座番号	1	1	1	－	1	2	3	4	5	6	7

上記のとおり、国民健康保険食事療養費 標準負担額 減額差額 支給を申請します。

令和　○　年　○　月　○　日

住　　所　五所川原市字布屋町４１番地１

氏名（世帯主）　五所　太郎

電話番号　○○○－○○○○－○○○○

五所川原市長　殿

処理欄	差額申請	イ　（460－210）×（　　）食＝（　　）（区分オ／低Ⅱ） ロ　（460－260）×（　　）食＝（　　）（指定難病、小児慢性等、経過措置該当者） ハ　（210－160）×（　　）食＝（　　）（長期） ニ　（460－160）×（　　）食＝（　　）（長期） ホ　（460－100）×（　　）食＝（　　）（低Ⅰ） ヘ　（210－100）×（　　）食＝（　　）（低Ⅰ） ト　却下（理由：　　）	

備考欄	保険証	一般 前期高齢 未就学	負担割合	☐　非課税　（～６９歳） ☐　非課税　（低Ⅱ） ☐　非課税　（低Ⅰ）	対象年度	年度	支給額合計 円