

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									
	氏名							生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	男・女
	マイナンバー							※公金受取口座を利用する場合は記入必須			
対象者	氏名							生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	男・女
	マイナンバー										
世帯主との続柄											
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	日間			
			令和		年	月	日まで				
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	<input type="checkbox"/> 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せられた方が利用できます。 <input type="checkbox"/> 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						支店 ・ 支所		
			組合 ・ 農協						出張所		
	普通 ・ 当座	フリガナ									
		口座名義人									
店番・口座番号				-							
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											
氏 名 (世帯主)											
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	負担割合	<input type="checkbox"/> 非課税 (～69歳) <input type="checkbox"/> 非課税 (低Ⅱ) <input type="checkbox"/> 非課税 (低Ⅰ)		対象年度	支給額合計				
		前期高齢 未就学		年度	円						