

（表 面）

国民健康保険 食事療養標準負担額 差額支給申請書  
 限度額適用・標準負担額

滝川市長 様

次のとおり関係書類を添えて国民健康保険の  食事療養標準負担額 の差額の支給を申請します。  
 ※太枠の中のみ記入してください。  限度額適用・標準負担額

申請者 (世帯主)	住所	滝川市 町 丁目 番 号			申請日	年 月 日	
	氏名				TEL	-	
	個人番号						
	保険種別	国保 社保 共済 他 ( )	記号		番号		
減額対象者	氏名				続柄		
	生年月日	年 月 日	個人番号				
	長期入院	1 非該当 (減額認定 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 同時) 2 該当 (長期認定 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 同時)					
既に減額認定証の 交付を受けている方 のみ記入してください	適用年月日	年 月 日	長期該当年月日	年 月 日			
	交付年月日	年 月 日	交付番号	第 号			
入院した保険医療 機関の名称等	名称				TEL	( ) -	
	所在地	1 滝川市内 2 滝川市外 ( 都道府県 市区町村)					
請求する入院期間及び その間に受けた食事療 養に支払った額 (食事療養標準負担額)	期間	年 月 日から 年 月 日まで			日間		
	支払額	円 (内訳: 1食当たり 円 × 食間)					
減額認定証の交付 申請又は提出が できなかった理由	1 減額認定申請日以前の入院であったため 2 長期入院該当申請日以前の入院であったため 3 その他 ( )						
差額支払方法  現金 / 振込	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する (利用する方は口座情報の記入不要) <small>公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。通帳等の写しの提出が不要になります。</small>						
	<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する						
	銀行・信金・信組		口座	か	口座	普・当・貯	
金庫・農協 / 本・支店		名義人		番号			
差額支給	ア ( - ) 円 × 食 = 円		国保区分		受付印		
	イ ( - ) 円 × 食 = 円		<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 退職 (本人・被扶)				
	ウ ( - ) 円 × 食 = 円						
	エ ( - ) 円 × 食 = 円						
オ 却下 (理由: )							
支給決定額		支払年月日		. .			
受付番号	課税	90日超過年月日		. .			
交付番号	台帳	適用区分	オ・I・II		扱		

※振込先が世帯主名義の口座でない場合は、裏面の委任状に記入・押印が必要です。 (委任状 あり・なし)

(裏 面)

## 委 任 状

私は、住所 \_\_\_\_\_ を代理人と定め、 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
氏名 \_\_\_\_\_ (続柄： \_\_\_\_\_ )

付けで申請した滝川市国民健康保険の食事療養標準負担額又は限度額適用・標準負担額の差額の受領に係る権限を委任します。

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

委任者 (世帯主) 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)