

国民健康保険 食事療養標準負担額減額差額支給申請書

被保険者	記 号	宮 国			一般・前期・高一・未就
減額対象者	氏 名			生年月日	昭・平・令 年 月 日
	世帯主との続柄		男・女	個人番号	
食事療養を受けた保険医療機関等		名称			
		所在地			
入院期間（日数）		平成・令和 年 月 日から			
		平成・令和 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					

令和 年 月 日

宮古島市長殿

上記のとおり食事療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。

【世帯主】 住所 宮古島市

氏名
個人番号
電話番号

個人番号（持参忘れ・拒否・持っていない）

【職員記入欄】

①支払った標準負担額	円	支給決定年月日				
②減額後の標準負担額	円	支給年月日				
③支給決定額（①－②）	円	支給 ・ 不支給 決定してよろしいでしょうか。				
決 裁 欄		課長	補佐	係長	係	