

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 ・ 退職本人 ・ 退職扶養
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	入院開始日	平成・令和 年 月 日
減額認定証の交付を受けている者				発行年月日	平成・令和 年 月 日
個人番号（ ）				長期入院該当年月日	平成・令和 年 月 日

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				
入 院 期 間 に 受 け た 食 事 療 養 に 対 し 支 払 っ た 額 （ 標 準 負 担 額 ）					円
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。

令和 年 月 日

宮 古 島 市 長 殿

住所 宮古島市

世帯主
氏名
個人番号
電話

個人番号職員記入（持参忘れ・拒否・持っていない）

以下は記入しないでください。

課 税	費用額	円	減 額	2 3 0 円×	食 金額	差 引	
非 課 税	(支払額)		1 8 0 円×	食	円	支給額	