

様式第12号(第30条関係)

国民健康保険 食事療養 標準負担額減額差額支給申請書
生活療養

被保険者記号・番号		記号	鹿	番号	(枝番)		
減額対象者	氏名			生年月日	年 月 日		
	個人番号			性別	男・女	世帯主との続柄	
長期入院	該当 ・ 非該当			入院 ・ 在宅末期医療総合診療			
減額認定証の交付を受けている者		発行年月日					
		長期該当年月日					
食事療養・生活療養を受けた保険医療機関等		名称					
		所在地					
入院期間(日数)		年 月 日から			日間		
		年 月 日まで					
入院期間中に受けた食事療養に対し支払った額(標準負担額)						円	
入院期間中に受けた生活療養に対し支払った額(標準負担額)						円	
減額認定証又は限度額適用・減額認定証の交付申請又は提示ができなかった理由：							

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

世帯主 住 所
氏 名
個人番号
電話番号

鹿嶋市長 様

保険者 処理欄	差額 支給	イ (-)円×()回=()円	受付番号(第 号)
		ロ (-)円×()回=()円	交付番号(第 号)
		ハ (-)円×()回=()円	合計()円
		ニ (-)円×()回=()円	支払年月日
		ホ 却下(理由：)	年 月 日