



食事療養標準負担額減額差額支給申請書

被保険者証記号番号				一般 退職	若人・前期 低Ⅱ・低Ⅰ	㊤
減額対象者	氏名				生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
	個人番号					
標準負担額 減額差額 支給関係	食事療養を受けた 保険医療機関等	所在地				
		名称				
	入院期間(日数)	年 月 日から		日間		
		年 月 日まで				
第三者行為	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当					
支給決定額	円					
振 込 先						
振込先 金融機関	銀行 金庫 農協		支店 本所 出張所	口座 種別	1. 普通 2. 当座 3. その他	
口座番号			コウザメイギ 口座名義			

上記のとおり申請します。 年 月 日

申請者 住所 能美市 _____ 番地 _____
(世帯主)

氏 名 _____

個人番号 _____

電話番号 (_____) _____

能美市長 あて

***** 事務処理欄 *****

代理権の確認		身元確認(本人又は代理人)	番号確認	備考
<input type="checkbox"/> 本人の被保険者証等 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	1点	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> プレ印字書類 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> システム <input type="checkbox"/> その他	
	2点	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	<input type="checkbox"/> その他 (_____)	