

受付印

人吉市国民健康保険標準負担差額支給申請書 兼 請求書

資格区分	一般	退職本人	退職扶養
負担区分	非課税	低Ⅰ	低Ⅱ
診療月	令和	年	月分

70歳未満 負担区分		
ア	イ	ウ
エ	オ(非課税)	

保険証番号	人吉							支払区分	窓口・口座	
減額対象者	氏名							続柄		
	生年月日	昭・平・令	年	月	日	男・女				
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。	交付年月日	令和	年	月	日	適用年月日	令和	年	月	日
	長期該当年月日	令和	年	月	日					
入院をした保険医療機関等	名称									
	所在地									
入院期間及び日数	月 日 ~ 月 日 ( )日間									
食事療養に対し支払った額	円									
医療機関に認定証を提示できなかった理由	イ. 認定証交付年月日以前に退院したため ロ. 標準負担額長期入院該当申請日から認定日までの間、入院していたため ニ. その他 ( )									

上記のとおり、関係書類を添えて国民健康保険の標準負担差額の支給を申請(請求)します。

令和 年 月 日

申請者 郵便番号 (868- )

住所 人吉市 町 番地

氏名 (世帯主) 印 電話 ( - )

人吉市長 松岡 隼人 様

振込先金融機関	フリガナ									
	口座名義人氏名									
	金融機関コード					店番				預金種別
	口座番号 (右つめでご記入ください)									1. 普通(総合) 2. 当座 3. 貯蓄
										預金通帳等で確認し、正確にご記入ください

決済	課長	課長補佐	係長	係員

起案日(支給起案) : 令和 年 月 日

決済日(支給決定) : 令和 年 月 日

支給予定日 : 令和 年 月 日

下記のとおり支給してよろしいか伺います。

支払った額	( ) 円 × ( ) 食 = ( ) 円	合計(A) ( ) 円
	( ) 円 × ( ) 食 = ( ) 円	
	( ) 円 × ( ) 食 = ( ) 円	
支払うべき額	( ) 円 × ( ) 食 = ( ) 円	合計(B) ( ) 円
	( ) 円 × ( ) 食 = ( ) 円	
	( ) 円 × ( ) 食 = ( ) 円	
差額支給	(A) ( ) 円 - (B) ( ) 円 =	円