

収納	担当

甲府市国民健康保険食事療養・生活療養標準負担額差額支給申請書

(あて先)		年		月		日	
甲府市長		(世帯主)					
		住 所					
		フリガナ					
		氏 名					
		個人番号					
		電話番号		(		)	
被保険者 記号番号	—	区分	一般・退本・退扶	長期入院	該当・非該当		
減額対象者	フリガナ 氏 名 個人番号 生年月日			世帯主 との 続柄			
減額認定証の交付を受けている者		発行年月日	年		月		日
		長期該当年月日	年		月		日
入院期間(日数)		食事療養を受けた保険医療機関等					
年 月 日 (日間)		所在地					
年 月 日		名 称					
入院期間に受けた食事療養に対して支払った額(標準負担額)							円
減額認定証の交付申請または提出ができなかった理由							

口座振込依頼書				
金融機関名	支店名	種別	口座番号	世帯主口座名(カタカナ)
銀行 信用金庫 信用組合 農協		1 普通 2 当座		

食事療養標準負担額差額 支給 ・ 不支給 決定 年 月 日

処理欄	支 給	円(@ 円× 食)	福祉部 健康保険課		
	不支給		担当者	係長	課長