

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 証		記号		番号	
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 年 月 日まで 日間			
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。

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 (260-210)円×()回=()円	受付番号(第 号)
		ロ (210-160)円×()回=()円	交付番号(第 号)
		ハ (260-160)円×()回=()円	合計()円
		ニ (-)円×()回=()円	支払年月日
		ホ 却下(理由：)	年 月 日