

【振込口座を指定する場合】

国民健康保険 食事療養標準負担額差額支給申請書

被保険者証記号番号		長岡	1234567890				支給方法		口座振込			
世帯主	氏名	国保 太郎				世帯主の住所	長岡市大手通1丁目4番地10					
	生年月日	昭和〇年〇月〇日										
減額対象者	氏名	国保 花子				世帯主との続柄	妻					
	生年月日	昭和〇年〇月〇日										
	個人番号	1	1	1	1							1
減額認定証の交付を受けている者						発効年月日						
						長期該当年月						
振込先 (どちらかを選択)	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する ※公金受取口座を登録している方に限ります 振込口座を指定する場合は、こちらに☑いただき、口座情報を御記入ください。											
	※公金の振込を希望し、上記にチェックを入れた場合は、以下の口座情報欄の記載は必要ありませんが、 なかった場合には以下の金融機関への振込を優先します。											
	<input checked="" type="checkbox"/> 振込口座を指定する (以下の口座情報欄を御記入ください)											
	金融機関名	長岡		銀行 農協	信金 信組	支店名	市役所		支店 出張所			
口座番号	普通・当座	1234567		口座名義人	ふりがな	こくほ たろう		お名前	国保 太郎			
食事療養を受けた保険医療機関			名称	〇〇病院								
			所在地	長岡市〇〇町〇丁目〇番地〇								
入院期間 (日数)			年 月 日 から		年 月 日 まで		日					
入院期間に受けた食事療養に対し支払った額 (標準負担額)							円					
減額認定証の交付申請書又は、減額認定証を提出できなかった理由 1. 市町村民税非課税の減額認定世帯の減額認定前の入院であったため 2. 市町村民税非課税の減額認定世帯の長期入院該当の減額認定申請前であったため 3. 医療機関に減額認定証を提出し忘れたため 4. その他 (制度を知らなかったため 等)												
上記のとおり関係資料を添えて国民健康保険食事療養標準負担額差額の支給を申請します。 令和 5 年 1 月 1 日 申請者 住所 長岡市大手通1丁目4番地10 氏名 国保 太郎 (自署または記名押印) 個人番号 99999999999 電話番号 0258-39-2006 新潟県長岡市長 申請者は世帯主です。												
委任状	(受任者) 住所 氏名 私は、上記の者を代理人と定め、下記の権限を委任します。 ・食事療養標準負担額差額の受領に関すること。 令和 年 月 日 委任者 氏名 (自署または記名押印)											
	91 日 目 イ. (460-210) 円 × () 食 = () 円 ロ. (210-160) 円 × () 食 = () 円 ハ. (460-160) 円 × () 食 = () 円 ニ. (460-100) 円 × () 食 = () 円 ホ. (-) 円 × () 食 = () 円 支給額合計 () 円 退職本人 退職扶養											
処 理 欄	世帯主以外の口座へ振り込む場合は、委任状欄を御記入ください。 受任者：口座名義人 委任者：世帯主											
備考												

【公金受取口座を利用する場合】

国民健康保険 食事療養標準負担額差額支給申請書

被保険者証記号番号		長岡	1234567890								支給方法		口座振込		
世帯主	氏名	国保 太郎								世帯主の住所	長岡市大手通1丁目4番地10				
	生年月日	昭和〇年〇月〇日													
減額対象者	氏名	国保 花子								世帯主との続柄	妻				
	生年月日	昭和〇年〇月〇日													
	個人番号	1	1	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	
減額認定証の交付を受けている者										発効年月日					
										長期該当年月					
振込先 (どちらか)	<input checked="" type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する ※公金受取口座を登録している方に限ります (以下の口座名義人の個人番号欄を御記入ください) 口座名義人の個人番号 <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="9"/>														
	※公金受取口座への振込を希望し、ここにチェックを入れた場合は、以下の口座情報欄の記載は必要ありませんが、記載があった場合には以下の金融機関の振込を優先します。														
	※公金受取口座を利用する場合は、こちらに <input checked="" type="checkbox"/> ください。														
	公金受取口座を利用する場合は、口座名義人(申請者である世帯主または、委任状記入の場合は受任者)の個人番号(マイナンバー)を御記入ください。														
食事療養を受けた保険医療機関		名称	〇〇病院												
		所在地	長岡市〇〇町〇丁目〇番地〇												
入院期間(日数)		年 月 日 から 年 月 日 まで 日													
入院期間に受けた食事療養に対し支払った額(標準負担額)		円													
減額認定証の交付申請書又は、減額認定証を提出できなかった理由															
1. 市町村民税非課税の減額認定世帯の減額認定前の入院であったため 2. 市町村民税非課税の減額認定世帯の長期入院該当の減額認定申請前であったため 3. 医療機関に減額認定証を提出し忘れたため 4. その他(制度を知らなかったため 等)															
上記のとおり関係資料を添えて国民健康保険食事療養標準負担額差額の支給を申請します。															
令和 5 年 1 月 1 日		申請者		住所 長岡市大手通1丁目4番地10								氏名 国保 太郎		(自署または記名押印)	
新潟県長岡市長		申請者は世帯主です。		個人番号 99999999999								電話番号 0258-39-2006			
委任状	(受任者) 住所 氏名														
	私は、上記の者を代理人と定め、下記の権限を委任します。 ・食事療養標準負担額差額の受領に関すること。														
	令和 年 月 日 委任者 氏名														
処 理 欄	イ.	91 日目	低II・非課税												
	ロ.	(460-210)	世帯主以外の口座へ振り込む場合は、委任状欄を御記入ください。 受任者: 口座名義人 委任者: 世帯主												
	ハ.	(210-160)													
	ニ.	(460-160)													
	ホ.	(460-100)	円 × () 食 = () 円												
支給額合計		() 円													
備考															