

決 裁	事務局長	係	入力済	決定年月日
				決定額

### 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		香組4									
減額対象者	氏名							性別	男・女		
	個人番号										
	生年月日	昭・平・令	年	月	日	組合員との続柄					
減額認定証の交付を受けている者		発効年月日	令和	年	月	日					
		長期該当年月日	令和	年	月	日					
食事療養を受けた保険医療機関		名称									
		所在地									
入院期間		令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで	日間	
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又は提出ができなかった理由											

上記のとおり食事療養標準負担額差額の支給申請をします。

令和 年 月 日

組合員住所

電話番号(日中連絡のとれるもの)

氏名

印

個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

香川県建設国民健康保険組合理事長殿

給付金支払指図	給付金の支払方法		振込 ・ 支部窓口払		(組合員名義以外の口座への振込を希望する場合は、この委任欄に記入してください。)	
	口座名義 (カタカナで、左詰で記入してください。姓と名の間は1字空けてください。)					委任欄 この申請に基づく給付金の受領を下記受任者へ委任します。 令和 年 月 日 組合員住所 _____ 氏名 _____ 印 受任者住所 _____ 氏名 _____ 印 香川県建設国民健康保険組合理事長殿
	ゆうちょ銀行	通帳記号	通帳番号 (右詰で記入してください。)			
		銀行	本店支店出張所	店番		
	銀行	百十四銀行	口座番号 (右詰で記入してください。)			
	普通 ・ 当座					

支部長氏名	印
-------	---

※保険医療機関の領収書を添付してください。  
減額認定証の交付を受けていない場合は、減額認定申請書を提出してください。