

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
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									
<p>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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>組合員住所 _____ 電話番号(日中連絡のとれるもの) _____</p> <p>氏名 _____ 印 個人番号 _____</p> <p>香川県建設国民健康保険組合理事長殿</p>									

給付金支払指図	給付金の支払方法 (番号を○で囲んでください。)	1. 給付金等振込指定口座への振込 2. マイナポータルから登録した公金受取口座への振込 3. 別途振込 4. 支部窓口払			<small>(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。)</small> 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
	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。)				
	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	百十四銀行	本店支店出張所	店番	
		口座種目	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。