

# 記入例

第23号様式（第18条第1項関係）

## 国民健康保険食事療養標準負担額減額差額支給申請書

被保険者証記号・番号		島81— <b>9999999</b> <small>(保険証上部に記載されている番号)</small>	
世帯主	住所	富岡町 <b>大字本岡字王塚622-1</b>	
	氏名	<b>富岡 太郎</b>	生年月日 <b>昭和43年 2月 1日</b> <b>男・女</b>
減額対象者	氏名 (個人番号)	<b>富岡 花子</b> ( <b>8888 8888 8888</b> )	生年月日 <b>昭和54年 3月 2日</b> <b>男・女</b>
	世帯主との続柄	<b>妻</b>	
減額認定証の交付を受けている者		発行年月日	<b>平成27年 8月 1日</b>
		長期該当年月日	<b>平成27年 8月 1日</b>
食事療養を受けた保険医療機関等		名称	<b>〇〇 病院</b>
		所在地	<b>〇〇県〇〇市〇〇88-8</b>
入院期間（食事回数） ※ 差額支給対象期間		<b>平成27年 11月 11日から 平成27年 11月 22日まで（32回）</b>	
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）		<b>8,320</b> 円	
減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由		<b>緊急な入院だったため、限度額適用・標準負担額減額認定証を携帯していなかった。</b>	
受給方法	富岡町役場出納室 富岡町役場税務課	口座振込 <b>〇〇</b> 銀行 <b>△△</b> 支店 番号 <b>9999999</b> ( <b>トイカ 知ウ</b> 名義 )	備考
上記のとおり申請します。 <b>平成27年 4月 1日</b>			
世帯主		住所	<b>富岡町大字本岡字王塚622-1</b>
		氏名	<b>富岡 太郎</b>
		個人番号	( <b>9999 9999 9999</b> )
		電話番号	<b>024 - 999-9999</b> ※日中連絡がとれる電話番号(携帯電話可)
富岡町長		様	