

(様式22号)

令和 年 月 日 支給

支 部 長 印	令 年 月 日 令 年 月 日 日間 食	対差額支給期間の	令 年 月 日	支払済標準負担額	減額標準負担額	差額支給額	担当者
				円	円	円	

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	宮建	減額対象者	氏名
			昭・平・令 年 月 日生
減額認定証の発行状況	発行年月日	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 保険医療機関等	名称		
	所在地		
入院期間(日数)	令和 年 月 日から	日間	
	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			

公金受取口座を利用します。(希望者は□にチェック)
※公金受取口座を利用する場合は、次の振込金融機関の記入は不要です。

振込金融機関 (組合員様名義の口座)	銀行名	銀行 信金 信組 農協 労金 その他	支店名	本店	預金の種類	普通・当座・貯蓄
			支店		口座番号	

※ 組合員様名義の口座へ振り込むこととなります。(ご家族の方や、事業所名義は対象外です。)

申請に必要なもの	・領収証(写し) ・様式21号申請書 ・被保険者全員の非課税証明書
上記のとおり申請します。	
令和 年 月 日	
郵便番号 電話番号	
組合員 住所	
フリガナ	
氏名 印	
(申請先) 宮城県建設業国民健康保険組合理事長	