

様式第13号(第11条関係)

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	〇 〇	番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇
世帯主	住所	ふじみ野市福岡1-1-1		
	氏名	ふじみ野 太郎	生年月日	S 〇 年 〇 月 〇 日
減額対象者	氏名	ふじみ野 花子	生年月日	S 〇 年 〇 月 〇 日
	世帯主との続柄	妻	電話番号	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
世帯主の個人番号	〇〇〇 〇〇〇 〇〇〇〇		対象者の個人番号	〇〇〇 〇〇〇 〇〇〇〇
減額認定証の交付を受けている者	発効期日	R 〇 年 〇 月 〇 日		
	長期入院該当年月日	R 〇 年 〇 月 〇 日		
	適用区分			
食事療養等を受けた保険医療機関等	名称	〇 〇 〇 病院		
	所在地	〇〇市〇〇町〇-〇		
入院期間(日数)	R 〇 年 〇 月 〇 日から		〇〇 日間	
	R 〇 年 〇 月 〇 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)			〇〇〇 円	
減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由				
・申請又は提出ができなかった理由をお書きください				
年 月 日				
振込先金融機関名		預金種別	預金口座の番号及び名義人	
金融機関コード	支店番号	普 ・ 当	番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇
銀行	〇 〇 支店		フリガナ	フシノミノ タロウ
〇 〇 信用金庫 農業協同組合			名義人	ふじみ野 太郎

