

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	記号		番号	
世帯主	住所			
	氏名		生年月日	年 月 日
減額対象者	氏名		生年月日	年 月 日
	世帯主との続柄		電話番号	
世帯主の個人番号		対象者の個人番号		
減額認定証の交付を受けている者	発効期日		年 月 日	
	長期入院該当年月日		年 月 日	
	適用区分			
食事療養等を受けた保険医療機関等	名称			
	所在地			
入院期間(日数)	年 月 日から			日間
	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				

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	
銀行	支店		フリガナ	
信用金庫			名義人	
農業協同組合				