

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	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 〇〇〇〇	対象者の個人番号	〇〇〇〇 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 ・申請また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	フジミノ タロウ
〇 〇 信用金庫 農業協同組合			名義人	ふじみ野 太郎