

# 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		三 好		
世帯主	住所	徳島県三好市		
	氏名		生年月日	年 月 日
	個人番号		電話番号	
減額対象者	氏名		生年月日	年 月 日
	世帯主との続柄		個人番号	
減額認定の交付を受けている者		発行年月日		
		長期該当年月日		

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)	年 月 日から 年 月 日まで 日間			
入院期間に受けた食事療養費に対して支払った額(標準負担額)			円	
減額認定証の交付申請または提出が出来なかった理由				

上記のとおり関係書類を添えて、国民健康保険の標準負担額差額の支給を申請します。

年 月 日

三好市長 殿

世帯主 住 所 三好市  
(申請者) 氏 名  
電話番号

- 公金受取口座を利用する(世帯主のみ) ※利用する口座情報の記入不要
- 振込口座を指定する

口座振込 依頼欄	銀行 農協 信用金庫		本店 支店(所)				
			種目	1 普通預金	2 当座預金		
	口座番号						
口座名義人	(フリガナ)						
債権者登録	有 (No. ) ・ 無						

世帯主以外の口座への振込みを希望しますので、次の者に受領を委任します。

受任者(口座名義人) 住 所  
氏 名  
委任者(世帯主) 氏 名

(印)  
(印)

市区町村 処理欄	差額 支給	イ ( - )円×( )回=( )円	合計( 円) 支給(却下)年月日 年 月 日
		ロ ( - )円×( )回=( )円	
		ハ ( - )円×( )回=( )円	
		ニ 却下(理由: )	