

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

(印)

委任者(世帯主) 氏 名

氏 名

(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:)	