

国民健康保険 食事療養標準負担額減額 差額支給申請書
 生活療養標準負担額減額

被保険者証記号番号											
世帯主	住所										
	氏名					生年月日	年	月	日	男・女	
	個人番号	□□□□□□□□□□	□□□□□□□□□□	□□□□□□□□□□	□□□□□□□□□□						
減額対象者	氏名					生年月日	年	月	日	男・女	
	個人番号	□□□□□□□□□□	□□□□□□□□□□	□□□□□□□□□□	□□□□□□□□□□	世帯主との続柄					
減額認定証の交付を受けている者					発効年月日	年	月	日			
					長期該当年月日	年	月	日			

食事療養(生活療養)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

【振込先記入欄】

住所			カナ			
			口座名義人			
振込先	銀行・農協 信組	支店 (所)	預金 種目	普通・当座 その他	口座 番号	