

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		島 2 1 ー			
世 帯 主	住 所				
	氏 名		生年月日	年 月 日	男・女
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 行 年 月 日		年 月 日	
		長 期 該 当 年 月 日		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 (口 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					
口座振込金融機関	金融機関名	支店名	預金種目	当座 ・ 普通	
口 座 名 義	(フリガナ)		口座番号		

令和 年 月 日

大玉村長 様