

## 国民健康保険標準負担額減額差額支給申請書

被保険者証記号番号				電話番号		
世帯主	住所					
	氏名	㊟		生年月日	年 月 日	男・女
	個人番号	□□□□□□□□□□□□□□□□	(代理人)			
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			
減額認定証の内容			交付年月日	年 月 日		
			発効年月日	年 月 日		
			長期入院該当申請年月日	年 月 日		
			長期入院該当年月日	年 月 日		
			適用区分			

食事療養又は生活療養 を受けた医療機関等	名称					
	所在地					
入院期間	年 月 日から 日間 年 月 日まで ( 回)					
入院期間に受けた食事療養又は生活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						

振込先	金融機関名			口座番号			種別	
	支店名			口座名義人 (カタカナ)				

年 月 日  須賀川市長
--------------------