

国民健康保険標準負担額減額差額支給申請書

被保険者記号・番号		電話番号	
世帯主	住所		
	氏名	生年月日	年 月 日
	個人番号	(代理人)	
減額対象者	氏名	生年月日	年 月 日
	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
標準負担額の減額に係る認定を受けていることの確認を受けなかった理由		

振込 口座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します (マイナポータル等から登録した口座を利用される方) ※公金受取口座への振込を希望する場合は、上記のチェックボックスに「✓」マークを入れ、以下の口座情報欄に記載する必要はありません。		
	金融機関名 支店等名	銀行・農協 信金・信組	本店
		預金別 口座番号	普・当
		口座名義 (カタカナ)	

年 月 日
須賀川市長