

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		水俣国保	
世帯主	住所	水俣市	
	氏名		生年月日 年 月 日
	個人番号		
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

食事療養を受けたを保険医療機関等	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
限度額適用・標準負担額減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由			
<p>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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">世帯主 住所</p> <p style="text-align: center;">氏名 (TEL)</p> <p style="text-align: center;">水俣市長 様</p>			
口座振込	銀行	支店	普・当 口座番号
市町村処理欄			
支給決定額			