

課 長	課長補佐	係 長	係 員	担当者

国民健康保険生活療養標準負担額減額差額支給申請書

被保険者記号番号		加茂		年 月 日	
世帯主	住 所				
	氏 名			生年月日	年 月 日 (歳)
	連 絡 先				
	個人番号				
減額対象者	氏 名			生年月日	年 月 日 (歳)
	個人番号				
		世帯主との続柄			
減額対象者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	
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 日間			
		年 月 日まで			
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	
減額後の標準負担額が適用されなかった理由					
払込口座	金融機関名		ふりがな		
			口座名義		
	支店名		口座番号		

※世帯主以外の方の口座へ振り込みを希望する場合に記入してください。(自署又は押印が必要)

委任者 (世帯主)	私は、下記の者を受任者と定め、上記療養費の受領を委任します。 年 月 日 (世帯主) 印
受任者 (口座名義人)	住 所 氏 名

市町村 処理欄	イ (-) 円 × () 食 = () 円	合計 () 円 支給年月日 年 月 日
	ロ (-) 円 × () 食 = () 円	
	ハ (-) 円 × () 食 = () 円	
	ニ (-) 円 × () 食 = () 円	
	ホ (-) 円 × () 食 = () 円	
	へ 却下 (理由 :)	