

国民健康保険食事療養標準負担額減額差額支給申請書

年 月 日

日進市長宛て

申請者(世帯主)住所 _____

氏名 _____

個人番号 _____

電話 _____

下記のとおり申請します。なお、窓口に行けない場合は次の者に申請書の届出を委任します。

受任者(届出人)住所 _____

氏名 _____

電話 _____

委任者(世帯主)からみた続柄 _____

減額対象者	被保険者証 記号番号		個人 番号	
	氏名		生年 月日	年 月 日
	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	年 月 日
		長期該当年月日	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 (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
減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由				
振 込 先				
<input type="checkbox"/> 申請者(世帯主)の公金受取口座を利用します。 <input type="checkbox"/> 振込口座を指定します。				
振込先金融機関		銀 行 信用金庫 農 協		支 店 出張所
預 金 種 別	1. 普通預金		2. 当座預金	
口 座 番 号				
(フ リ ガ ナ)				
口 座 名 義 人 氏 名				

※ 世帯主(届出人が届け出る場合は届出人)の本人確認書類を添付してください。また、世帯主以外の口座に振り込みを希望し、かつ、世帯主以外の方が届け出る場合は、世帯主の本人確認書類も添付してください。