|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | 島93　― | | | | | | | |  | | | | | | |
| 世帯主 | 住所 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | | | | 生年月日 | | | | 年　　月　　日 | |
| 減額対象者 | 氏名 |  | | | | | | | | | 生年月日 | | | | 昭和  平成　　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 | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 食事療法を受けた保険医療機関等 | 名　称 |  | | |
| 所在地 |  | | |
| 入　院　期　間　（日　数） | 平成　　　年　　月　　日から  平成　　　年　　月　　日まで | | | 日間 |
| 入院期間に受けた食事療法に対し支払った額（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 | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込指定  金融機関 | 金融  機関名 | |  | | | | | 銀行 | | 労金 | | 支店名 |  | 本店 |
| 信金 | | 信組 | | 支店 |
| 農協 | |  | | 支所 |
| 普通 |  | |  |  |  |  |  |  | | （フリガナ）  口座名義人 | | （　　　　　　　　　　） | | | |
| ※　振込指定金融機関は、世帯主のものとすること。 | | | | | | | | | | | | | | |
| 食事の差額支給について上記のとおり申請します。  　平成　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒  住　　所  世帯主　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　印  電話番号　　　　　　－　　　　　－  　伊達市長　　　　　　　　　　　　　個人番号   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付担当者記入欄 | | | |
| 窓口受付  担当者印 |  | 窓口に来られた方 | 確 認 書 類 |
| 世帯主・同一世帯員  それ以外の方（要委任状） | 免許証・パスポート・個人番号カード・保険証  　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |