|  |
| --- |
| 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（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |