様式第１９号（第17条関係）

国民健康保険標準負担額減額差額支給申請書

被保険者記号番号	島93	（枝番）	

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	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）	年　　月　　日から 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		

※　死亡者の個人番号の記載は不要であり、記載がなくても有効な申請となります。

振込口座	□　公金振込口座を利用する（口座情報の記入不要）						
	□　振込口座を指定する						
公金振込指定金融機関	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。

年　　月　　日

〒

住　　所

世帯主　氏　　名

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）	マイナンバーカード・免許証 その他（　　）