

国民健康保険食事療養標準負担額減額差額支給申請書

被保険者証記号・番号			
減額対象被保険者	性別	世帯主 との続柄	生年月日
	男・女		明・大 昭・平 年 月 日

食事療養を受けた保険医療機関等

保険医療機関等	所在地			
	名称			
入院期間(日数)	平成 年 月 日 から	日間		
	平成 年 月 日 まで			
入院期間に受けた食事療養 に対して支払った額等 (日数・標準負担額)	日数	日		
	金額	円		
減額認定証の交付申請、又は 提出ができなかった理由				

上記のとおり申請いたします。
なお、下記の口座へ振り込むよう依頼します。

平成 年 月 日

住所

申請者氏名
(世帯主)

印

電話

葦崎市長 殿

銀行 金庫 組合 農協	支店 出張所 支所	普通 当座	(カナ) 口座名義人
備考欄 (申請者と口座名義人が違う場合は口座名義人の住所)			

市処理欄

	イ (780 - 650) 円 ×	日 =	円	
	ロ (650 - 500) 円 ×	日 =	円	
	ハ (780 - 500) 円 ×	日 =	円	
	合 計		円	
	ニ 却 下 (理 由 :)			