

国民健康保険 食事療養費標準負担額 減額差額支給申請書

岐南町長 宛

年 月 日

下記のとおり療養に要した費用に関する別紙書類を添えて申請します。

住 所 _____

世帯主 氏 名 _____

個人番号 _____ 電話 [_____] _____

[減額認定者] 療養を受けた 被保険者氏名 [生年月日]	_____ 年 月 日生		世帯主 との続柄		被保険者証 記号・番号
	個 人 番 号	_____		_____	
療 養 期 間	_____ 年 月 日 から	_____ 年 月 日 まで	日 間		
療養を受けた保険機関等		減額認定証の交付申請又は提出できなかった理由			
標準負担額		(入院期間中に受けた食事療養額)		円	
1 普通		1 減額制度を知らなかったため		_____	
2 当座		2 緊急入院のため		_____	

振込先 (いずれかを選んで記入してください。)	金融機関 (ゆうちょ銀行を除く)	銀行・金庫 農協・組合		口座名義人		本店 支店 出張所
		1 普通	預金通帳の口座番号 (右詰で記入してください)		(フリガナ)	
ゆうちょ銀行 (郵便局)		通帳記号		通帳番号(右詰で記入してください)		
1		0	-	_____	_____	_____

※ 世帯主と口座名義人が異なる場合、上記名義人の口座への振込みを承諾します。
 世帯主 氏名