

国民健康保険標準負担額減額差額支給申請書

受付者	
長期確認	
本人確認	有・無
納付確認	

被保険者記号番号		個人番号										
対象者氏名		生年月日	年	月	日	男・女						
食事（生活）療養を受けた医療機関の名称及び所在地	入院期間	日数	食事（生活）療養標準負担額									
	年 月 日から 同月 日まで											
	年 月 日から 同月 日まで											
	年 月 日から 同月 日まで											
減額認定証を保険医療機関に提出しなかった理由	<input type="checkbox"/> 入院中であったため <input type="checkbox"/> 長期入院に該当したため <input type="checkbox"/> 認定証を持参しなかったため <input type="checkbox"/> その他（ ）											
振込先			銀行	本店								
			信用金庫	支店								
			農協	出張所								
	種目	口座番号			口座名義人（カタカナ）							
	1 普通											
	2 当座											
	3 その他											
上記のとおり申請します。 年 月 日 世帯主 住 所 氏 名 電話番号（ ） — 個人番号 （宛先）愛西市長 （委任欄） 私は _____ を代理人と定め、次の権限を委任します。 この申請に基づく給付費の受領に関すること。 世帯主氏名 _____												