

| | | | |
|---------------------------------|-------|------------------|----|
| 振 込 先 口 座 番 号 | 金融機関名 | 銀行 信用金庫 農協 | 支店 |
| | 口座番号 | 普・当 No. | |
| | フリガナ | | |
| | 名義人 | | |

国民健康保険食事（生活）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 | | | | |
| 世帯主 | 住 所 | 袋井市 | | |
| | 氏 名 | | 生年月日 | 大・昭・平 年 月 日 |
| 減額対象者 | 氏 名 | | 生年月日 | 昭・平・令 年 月 日 |
| | 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（生活）療養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 | | |
| | | 年 月 日 | 日間 | |
| 入院期間に受けた食事（生活）療養に対し支払った額 （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 | | | | |
| 第三者行為の有無 | | 有 ・ 無 | | |

年 月 日

| | |
|-------|-------|
| 入院開始日 | 年 月 日 |
|-------|-------|