

お振込み希望の口座をご記入ください。

振 込 先 口 座 番 号	金融機関名	静岡 信用金庫 袋井 支店 農 協
	口座番号	普通 No. 0001234
	フリガナ	フクロイ タロウ
	名義人	袋井 太郎

の箇所を
ご記入・押印ください。

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	
世帯主の内 容で記入	氏名	生年月日	大・昭・平 年 月 日
		個人番号	マイナンバー
入院等の診療を 受けている方の 内容で記入	氏名	生年月日	昭・平・令 年 月 日
		個人番号	マイナンバー
	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	
	長期証	世帯主から見た診療を受け る方の関係を記入	
		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	療養を受けた理由が、交通事故などの相手方がいる 行為が原因であれば有に○を、そうでなければ無に ○を付けてください。
第三者行為の有無	有 ・ 無

年 月 日

入院開始日	年 月 日
-------	-------