

食事療養標準負担額減額
 国民健康保険
 生活療養標準負担額減額
 差額支給申請書

年 月 日

寒河江市長 殿

被保険者証記号番号		.					
世帯主	住所	寒河江市					
	氏名	⑨	個人番号				
	電話番号	生年月日		年	月	日	男・女
減額対象者	氏名			個人番号			
	世帯主との続柄	生年月日		年	月	日	男・女
	種別	一般・退職(本人・扶養)・高齢1割・高齢2割					
減額認定証の内容	受付区分			適用年月日	年	月	日
	受付年月日	年	月	日	長期該当年月日	年	月
食事療養(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							
振込口座等	金融機関名	・銀行・信用組合 ・農協・労働金庫 ・信用金庫 ・本店 ・支店 ・支所					
	口座番号 (右詰で記入)					口座の種類	普通
	フリガナ						
	口座名義人						
※世帯主以外の方の口座に振込を希望される場合は、次の受取委任の欄に記入してください。 本申請に基づく給付金の受領に関する権限を委任します。							
年 月 日							
世帯主	住所					氏名	⑨
代理人	住所					氏名	

債権者番号 _____