

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　様

被保険者記号・番号			
世帯主	住 所	寒河江市	
	氏 名	個人番号	
	電話番号	生年月日	年 月 日
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
	種 別	一般・高齢2割・未就学児	
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
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つた理由			
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	
	口座番号 (右詰で記入)		口座の種類
	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	
代理人 住 所		氏 名	
債権者番号			