

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	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							
代理人		住所			氏名							

債権者番号