

様式第18(第15条関係)

国民健康保険食事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					
減額対象者	氏名			生年月日	
	世帯主との続柄			性別	男・女
	個人番号				
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 日から 年 月 日まで 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 × 回	①	円	
入院期間に受けた食事療養に対する減額基準額					
長期非該当者		円 × 回	②	円	
長期該当者		円 × 回	③	円	
減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由					
振込先金融機関名		口座名義人	種類	口座番号	
銀行 本店 信用金庫 支店 農協 支		フリガナ	普通・当座		
上記のとおり関係書類を添えて申請します。					
年 月 日					
		世帯主	住所 大口町		
			氏名		
			個人番号		
			電話		
		届出人	住所		
			氏名 続柄		
大口町長 様					

標準負担額減額差額支給決定額	
① - ② - ③	円