

様式第10号（第11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

年 月 日

被保険者の記号番号 (枝番)		滋東・ (枝番)			
世帯主	個人番号				
	住所				
	氏名		生年月日	年	月 日
	電話番号				
減額対象者	個人番号				
	氏名		生年月日	年	月 日
	世帯主からみた 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
減額認定証の交付申請又は提出できなかった理由					
発病又は負傷の理由		1 第三者行為（交通事故等） 2 その他（自損事故、疾病等）			

振込方法 (右記から 選択)	<input type="checkbox"/> 世帯主の公金受取口座を利用する。（利用者は、以下の振込先金融機関欄への記載は不要です。）		
	<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する。（以下の振込先金融機関欄に記載してください。）		
振込先 金融機関	金融機関名	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 出張所
	口座種別	普通・当座	
	口座番号		
	口座名義人	(フリガナ) -----	