

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

被保険者証の記号番号 (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
	世帯主との続柄				
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)			

振込先 金融 機関	銀行 本店	預金種別	口座番号	(ふりがな) 口座名義人
	金庫 支店 農協	普通・当座		