

国民健康保険食事療養費標準負担額減額差額申請書

被保険者記号番号		山7		個人番号	
減額対象者	氏名			生年月日	年 月 日
	世帯主との続柄				
減額認定証の交付状況			発行年月日	年 月 日	
あるいは申請状況			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		
入院期間中の食事療養に対し支払った額（標準負担額）				円	
差額申請を行う理由				□長期入院該当年月日が翌月1日となるため	
				医療費支給決定金額	円

公金受取口座を利用する 公金受取口座を利用しない（下記振込先口座を希望）

※公金受取口座は世帯主の方の口座のみ利用できます。

振込先口座	銀行 農協 信用金庫 労働金庫	本店 支店 支所 出張所	預金種別	1.普通 2.当座				
			口座番号					
			口座名義人 （カタカナで 記入）					

下松市長 様

上記のとおり申請します。

年 月 日（世帯主）住 所

氏 名

個人番号

電話番号