国民健康保険食事療養標準負担額差額支給申請書

被保険者証記号番号	０５－	個人番号	

減　額 対　象　者	住　所			
	氏　名	生年月日・性別	年　　月　　日	男・女
		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	
	長期該当年月日	

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	
発病又は負傷の理由	１：私傷病（疾病・自損事故等）　２：第三者行為（交通事故等）	
減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由		※支給決定額
		円

上記のとおり関係書類を添えて申請します。

年　　月　　日

申請者（世帯主）

住　　所：
氏　　名：
個人番号：

大田市長　　様

支払金振込口座	この支払金は下記指定の預金口座へ振込願います。 銀　　行　　本　店　　代理店 信用金庫　　支　店 ＿＿＿＿＿＿農　　協＿＿＿＿＿＿支　所＿＿＿＿＿＿出張所 普通預金 当座預金　口座番号＿＿＿＿＿＿　口座名義＿＿＿＿＿＿