

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	山 1 5 -				
世 帯 主 氏 名 (個 人 番 号)	()	住 所	周防大島町大字		
減 額 対 象 者 名 (個 人 番 号)	()	生年月日	昭 平 令	年 月 日	男・女
世帯主との続柄		電話番号			
減 額 認 定 証 の 交 付 状 況	発 行 年 月 日 長期該当年月日		年 月 日 年 月 日		
申 請 日	令和 年 月 日 周防大島町長 様				

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				
発 病 ・ 負 傷 の 原 因					
第 三 者 行 為 の 有 無					
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		
受取り希望金融機関	銀行 支 店 農協 支 所	口座名義人 (カナ)		口 座 番 号	
減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由					

* 備考 入院期間の欄は、差額支給の対象である期間を記載すること。

委 任 状	私は、下記の者を代理人と定め、次の権限を委任する。
	上記申請による食事療養標準負担額減額差額金の受領に関すること。
	世帯主住所 周防大島町大字
	氏名 _____
	代理人住所
	氏名 _____