

# 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		島 8 3 -									
世帯主	住所	大熊町大字 字									
	氏名				生年月日	年 月 日			男・女		
減額対象者	氏名				生年月日	年 月 日			男・女		
	個人番号										
	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						
食事療養費を受けた医療機関等		名称									
		所在地									
入院期間（食事回数）		年 月 日から						回			
※ 差額支給対象期間		年 月 日まで									
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ができなかった理由											
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>世帯主名 住 所 大熊町大字 字</p> <p>氏 名 (印)</p> <p>個人番号(12桁)</p> <p>電話番号 ( )</p> <p>大熊町長 様</p>											
※市町村処理欄	受付	大熊	会津	いわき	郡山	郵送	受付者	本人確認			
								個人番号確認			
	支払金融機関欄	金融機関名						口座番号		口座区分	・世帯主
	支店名										

※欄は、申請者は記入しないこと。