

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					
世帯主	氏名	印	住所	長泉町	
	個人番号		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	平成	年	月 日
		長期該当年月日	平成	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）	平成 年 月 日から 平成 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または提出ができなかった理由					

振込先金融機関	銀行	普通・当座 (口座番号)
	金庫	本店 (名義人)
	農協	支店

平成 年 月 日

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。