

様式第13号(第11条関係)

国民健康保険食事療養標準負担額減額差額支給申請書

被保険者記号番号							
世帯主	住所				電話		
	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	
	世帯主との続柄			個人番号			
減額認定証の交付を受けている者		発効期日		年 月 日			
		長期入院該当年月日		年 月 日			

食事療養等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			日間			
			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							

振込希望の金融機関	口座番号			普通・当座
銀行 信用金庫 農協	フリガナ			
	支店 名義人			

上記のとおり関係書類を添えて国民健康保険食事療養標準負担額減額の差額を申請します。

年 月 日

(あて先)幸手市長

世帯主 住所
氏名
個人番号