

食事療養標準負担額減額  
 国民健康保険 限度額適用・標準負担額減額 差額支給申請書  
 生活療養標準負担額減額

対象者	被保険者 記号・番号		区 分	<input type="checkbox"/> 一 般	<input type="checkbox"/> 退 職 者	<input type="checkbox"/> 本 人 <input type="checkbox"/> 被扶養者
	氏 名		個人番号	<input type="checkbox"/> 高齢受給者		
			生年月日	年 月 日		
		<input type="checkbox"/> 減額認定証	発行年月日	年 月 日		
		<input type="checkbox"/> 限度額適用・減額認定証(区分Ⅱ・Ⅰ)	長期該当 年月日	年 月 日		
食事療養・生活療養を 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				
食事療養・生活療養について支払った額 (標準負担額)			円			
減額認定証、限度額適用・減額認定証の 交付申請又は保険医療機関等に提出ができ なかった理由						
振込先	金融機関 名称	銀行・金庫・農協 ・その他( )			本店・支店・出張所 ・その他( )	
	預金別	普通・当座		口座番号		
	口座名義	カタカナ				
漢字						
国民健康保険法施行規則第26条の5第2項(施行規則第26条の6の4第6項、第26条の7第2項及び第27条の14の5第6項において準用する場合を含む。)の規定により上記のとおり申請します。 <div style="text-align: right;">年 月 日</div> (あて先) 羽 島 市 長 <div style="text-align: right;">                     世帯主 郵便番号                      住 所                      氏 名                      個人番号                      電 話 ( ) —                 </div>						

(注) 食事療養・生活療養に要した費用に関する領収書等を添付してください。

委任状	私は、_____を代理人と定め、 上記申請に係る食事療養費等の差額支給の受領に関することを委任します。 世帯主氏名 _____
-----	---