

国民健康保険食事・生活療養費標準負担額減額差額支給申請書

被保険者証記号番号		滋日	電話番号			
世帯主	住所	滋賀県蒲生郡日野町				
	氏名		生年月日	年	月	日 男・女
	個人番号					
減額対象者	氏名		生年月日	年	月	日 男・女
	世帯主との続柄					
限度額適用・標準負担額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・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 日間 年 月 日 まで				
入院期間に受けた食事・生活療養に対し支払った額 （標準負担額）				円	
限度額適用・標準負担額減額認定証の交付申請又は提出できなかった理由					

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。

振込口座	☐ 公金受取口座を利用する			
	信用金庫	支店	普・当	
	銀行	支店	普・当	
	農協	支店	普・当	
	(ふりがな)			
	預金名義人			