

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 年 月 日 まで 日間					
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			