

国民健康保険標準負担額差額支給申請及び請求書

被保険者証記号番号		神埼			
世帯主	氏名			事業所	
	生年月日	年	月		日
	個人番号				
	名称	神 埼 市			
	所在地	神崎市神埼町鶴 3542 番地 1			
減額対象者	氏名			世帯主との続柄	
	生年月日	年	月		日
	個人番号				
減額対象者の住所		佐賀県神崎市			
減額認定証の交付を受けている者	発行年月日				
	長期該当年月日				
食事療養費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	日間	
	年	月	日		
入院期間に受けた食事療養費に対し支払った額（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					
<p>上記のとおり、国民健康保険標準負担額差額の支給を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住所 _____ 電話番号 _____</p> <p>(世帯主) 氏名 _____ 個人番号 _____</p> <p>金融機関名 _____ 支店名 _____</p> <p>口座名義人（カナ） _____ 口座番号 _____ 種別 _____</p> <p>神崎市長 様</p>					
委 任 状					
住所 _____		電話番号 _____			
氏名 _____		個人番号 _____			
金融機関名 _____		支店名 _____			
口座名義人（カナ） _____		口座番号 _____ 種別 _____			
<p>私は、上記の者を代理人と定め、下記の権限を委任します。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>国民健康保険標準負担額差額支給に関する事</li> </ul> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住 所 _____</p> <p>(世帯主) 氏 名 _____</p> <p>個人番号 _____</p> <p>電話番号 _____</p>					