

国民健康保険標準負担額差額支給申請及び請求書

被保険者記号番号		神 埼					
世帯主	氏名			事業所	名称	神 埼 市	
	生年月日	年	月		日	所在地	神崎市神埼町鶴 3542 番地 1
	個人番号						
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>							