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 | | 神埼市神埼町鶴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 | | | 佐賀県神埼市 | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | |
| 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。  　　　　　　　年　　　月　　　日  申請者　　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  　（世帯主）　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  　　神埼市長　　様 | | | | | | | | | |
| 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  私は、上記の者を代理人と定め、下記の権限を委任します。  ・国民健康保険標準負担額差額支給に関する事  　　　　　　　年　　　月　　　日  申請者　　　住　　所  　　　　　　　　　（世帯主）　　氏　　名  　　　　　　　　　　　　　　　　個人番号  　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | |