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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |