

国民健康保険食事療養（生活療養）標準負担額減額差額支給申請書

被保険者証記号番号		島 3 6			
世帯主	住所				
	氏名	Ⓜ	生年月日	平成 年 月 日	男・女
減額対象者	氏名		生年月日	平成 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	平成 年 月 日	
			長期該当年月日	平成 年 月 日	

食事療養（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）		平成 年 月 日から	日間		
		平成 年 月 日まで			
入院期間に受けた食事療養（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ができなかった理由					
備考		振込口座	金融機関支店名	銀行・農協支店	
			口座番号		
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>只見町長 様</p>					

※ 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。