

様式第14号の(5)(第18条の3関係)

国民健康保険限度額適用・標準負担額差額支給申請書

被保険者証	記号		番号		
世帯主	住所				
	氏名	印	生年月日	年月日	男・女
限度額適用・標準負担額減額対象者	氏名		生年月日	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			発効期日	年月日	
			長期入院該当年月日	年月日	
			適用区分	II・I	

食事療養等を受けた保険医療機関等	名称				
	所在地				
入院期間(日数)	年月日から		日間		
		年月日まで			
入院期間に受けた食事療養に対し支払った額(標準負担額)				円	
入院期間に支払った一部負担金の額				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】					

年月日

口座振替依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協			本店 支店 出張所		
	金融機関コード	店舗コード	種目	口座番号		
			普通 当座 貯蓄			
口座名義人 カタカナ						