

様式第13号(第17条関係)

国民健康保険食事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		
世帯主	住所				
	氏名	印	生年月日	年月日	男・女
減額対象者	氏名		生年月日	年月日	男・女
	世帯主との続柄				
減額認定証の交付を受けている者			発行年月日	年月日	
			長期該当年月日	年月日	

食事療養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
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

振込希望の金融機関	口座番号		普通・当座
銀行 信用金庫 農協	フリガナ		
	支店 名義人		