

鳴門市国民健康保険食事・生活療養差額支給申請書

被保険者証記号番号	鳴門	一般	退職 / 本人・扶養
個人番号			
減額対象者氏名		生年月日	
世帯主との続柄			

減額認定書の交付を受けている者		発行年月日	年 月 日
		長期該当日	年 月 日
①	申請日の前1年間の入院期間 (日数)		年 月 日から 年 月 日まで 日間
	入院をした保険医療機関等	名 称	
		所 在 地	
②	申請日の前1年間の入院期間 (日数)		年 月 日から 年 月 日まで 日間
	入院をした保険医療機関等	名 称	
		所 在 地	
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)		金 額	円
交付申請又は提出ができなかった理由		内 訳	月分減額差額 円 月分減額差額 円

上記のとおり国民健康保険食事療養標準負担額差額支給の交付を申請します。

年 月 日

世帯主 住 所

個人番号

氏 名

電話番号 () -

(裏面)

● 該当する項目の□にレを付す又は塗りつぶす(■印にすること)。

	個人番号確認	身元確認(顔写真の無い場合2点)		代理権の確認
職員処理欄	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本等(法定代理人)
	<input type="checkbox"/> 通知カード	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 年金証書	<input type="checkbox"/> 委任状(任意代理人)
	<input type="checkbox"/> 住民票の写し	<input type="checkbox"/> 国民健康保険被保険者証	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> その他(上記が困難な場合)
	<input type="checkbox"/> 職員が記載	<input type="checkbox"/> 後期被保険者証	()	()