

鳴門市国民健康保険食事・生活療養差額支給申請書

被保険者記号番号			
個人番号			
減額対象者氏名		生年月日	
世帯主との続柄			

減額認定証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	円 円
振 込 先	金融機関名	銀行 金庫 農協	
	預金種目	普通 ・ 当座	フリガナ
	口座番号 (右づめ)		口 座 名義人

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 () -