

国民健康保険標準負担額減額差額支給申請書兼請求書

|   |  |
|---|--|
| 年 月 日   |  |
| (宛先) 綾瀬市長   |  |
| 申請及び請求者   | 住 所 .....<br>氏 名 .....<br>個人番号 .....<br>電話番号 ..... |
| 次のとおり関係書類を添えて国民健康保険標準負担額減額差額の支給を申請及び請求をします。                       |  |
| 被 保 険 者 記 号 番 号   | 53—  |
| 世 帯 主   | 住 所  |
|   | 氏 名 及 び 生 年 月 日 ( 年 月 日生)                          |
|   | 個 人 番 号  |
| 減 額 対 象 者   | 氏 名 及 び 生 年 月 日 ( 年 月 日生)                          |
|   | 個 人 番 号  |
|   | 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 又 は 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 )   | 年 月 日 から 年 月 日 まで 日間                               |
| 入 院 期 間 に 受 け た 食 事 療 養 又 は 生 活 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                     |  |

【振込先口座】

|         |  |       |  |
|---------|--|-------|--|
| フリガナ    |  |       |  |
| 口座名義人   |  |       |  |
| 金融機関コード |  | 支店コード |  |
| 金融機関名   | 銀 行<br>信 用 金 庫<br>信 用 組 合<br>農 協                           | 支店名   |  |
| 預金種目    | <input type="checkbox"/> 普通・総合 <input type="checkbox"/> 当座 | 口座番号  |  |

※太枠内のみ記入してください

|      |   |                |  |
|------|---|----------------|--|
| 納付状況 | <input type="checkbox"/> 納付済 <input type="checkbox"/> 未納 ( <input type="checkbox"/> 収納課連絡 ) | 第三者行為<br>による治療 | <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 |
|------|---|----------------|--|