第17号様式(第18条関係)

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

申請者
住　　所　綾瀬市早川５５０番地
氏　　名　綾瀬　太郎
個人番号
電話番号　0467（ 77 ）1111

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―1234567	
世帯主	住所	綾瀬市早川５５０番地	
	氏名及び生年月日	綾瀬　太郎　（　S40年　4月　13日　生）	
	個人番号		
減額対象者	氏名及び生年月日	綾瀬　花子　（　S40年　1月　4日　生）	
	個人番号		
	世帯主との続柄	妻	
医療機関にて食事・生活療養を受けた方	付を者	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	○○病院
		所在地	○○市○○1-2-3
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	アヤセ　タロウ		
口座名義人	綾瀬　太郎		
金融機関コード	０００００	支店コード	０００
金融機関名	○○ 銀行 信用金庫 信用組合 農協	支店名	○○支店
預金種目	☑普通・総合　□当座	口座番号	000000

※太枠内のみ記入してください

納付状況	□納付済　□未納（□収納課連絡）	第三者行為による治療	□該当　□非該当