

国民健康保険

食事療養標準負担額減額
生活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	多 一		
食事・生活 療養を受けた 被保険者	氏 名		
	生年月日	年 月 日	男・女
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・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 ※差額支給の対象である入院期間を記載すること。		
入院期間に受けた 食事・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			

振込先金融機関名	口座種別	口座番号	口座名義人
銀行 本店 信用金庫 信用農協 支店	普通 当座		フリガナ

上記のとおり申請します。
年 月 日

世帯主 住所
氏 名 ㊟
TEL 一

多治見市長 様

差額支給決定額	円
---------	---

