

記入例

国民健康保険食事療養標準負担額減額差額支給申請書

被保険者証番号		食事療養を受けた被保険者氏名	六ヶ所太郎
世帯主との続柄	本人	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日
個人番号	〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇	電話番号	0175-72-2111
発症又は負傷の原因	病気	第三者行為	有・ <input checked="" type="radio"/> 無
食事療養を受けた医療機関			
名称	〇〇〇〇病院	食事療養に支払った額	〇〇〇〇〇円
所在地	六ヶ所村〇〇		
入院期間(日数)	平成〇〇年〇〇月〇〇日から平成〇〇年〇〇月〇〇日(〇〇日間)		
発行年月日	年 月 日	長期該当年月日	年 月 日
減額認定証の交付申請又は提出できなかった理由		減額区分	
計算基礎	() 円 × () = 円		
差額支給額			
振込金融機関	〇〇〇〇銀行・組合・ <input checked="" type="radio"/> 農協 〇〇〇〇支店・ <input checked="" type="radio"/> 支所		
口座番号	<input checked="" type="radio"/> 普通当座 〇〇〇〇〇〇	(フリガナ)	ロッカシヨ タロウ
		口座名義人	六ヶ所 太郎
上記のとおり申請します。 〇〇年 〇〇月 〇〇日 世帯主 住所 六ヶ所村大字尾駸字野附 475 番地 氏名 六ヶ所 太郎 (印) 個人番号 〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇 電話番号 0175-72-2111 六ヶ所村長 様			