国民健康保険（限度額適用）標準負担額差額支給申請書

記号・番号		合志　・		
世帯主	氏　　名		世帯主の住所	
	生年月日	年　　月　　日		
減額対象者	氏　　名		世帯主との続柄	
	生年月日	年　　月　　日		（　男　・　女　）
	個人番号			
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

食事療養を受けた医療機関等	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に対し支払った額（標準負担額）		円

減額認定証の交付又は、減額認定証を提出できなかった理由

1．市町村民税非課税の減額認定世帯の減額認定申請前の入院であったため

2．市町村民税非課税の減額認定世帯の長期入院該当の減額認定申請前であったため

3．医療機関に減額認定証を提出し忘れたため

4．その他

上記のとおり関係資料を添えて国民健康保険（限度額適用）標準負担額差額の支給を申請します。

年　　月　　日　　住所

申請者　　氏名

個人番号

熊本県合志市長　荒木　義行　宛

住所

（届出人）　　氏名

続柄

処理欄	９０日を越えた日	年　　月　　日	
	（　　－　　）円　×　（　　）食　＝　（　　）円	一般　・　退職本人 退職扶養	
		処理日	
	支給額合計　　（　　）円	受付番号	