

国民健康保険標準負担額差額支給申請書

被保険者記号		安曇野	被保険者番号								
対象者	氏名			生年月日			年	月	日		
	世帯主との続柄			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		
			適用区分		II			I			

食事療養を受けた 保険医療機関等	名称													
	所在地													
入院期間		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		
入院期間中に支払った一部負担金の額												円		
限度額適用・標準負担額減額認定証の 交付申請又は提出ができなかった理由														

上記のとおり、食事療養に対し支払った額に関する別紙証拠書類を添えて申請します。

年 月 日

申請者（世帯主）

住所

氏名

電話番号

個人番号														
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(宛先) 安曇野市長

<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する。 ※ 利用する場合は、「 <input type="checkbox"/> 」にチェック(✓)。 その場合は、下記の口座情報の記入及び通帳等の写しの添付は不要となります。						
振込先 金融機関	銀行	支店	口座	フリガナ		
	信金		名義人	氏名		
金融機関	信組	支所	口座	普通	口座	
	農協		種別	当座	番号	
委任状	(※ 世帯主と口座名義人が相違する場合は、下記に記名・押印をしてください。)                 国民健康保険標準負担額差額の受領について、上記の口座名義人に委任いたします。                 申請者（世帯主）氏名 _____					