

国民健康保険食事療養費標準負担額減額差額支給申請書

被保険者証 記号番号		奈13-										
世帯主	住所	奈良県生駒郡平群町										
	氏名					㊟	生年月日	年		月	日	
	個人番号											
減額対象者	氏名						生年月日	年		月	日	
	個人番号											
	世帯主との続柄						電話番号					
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											

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
-----------------------------	---

減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由

振 込 先	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する * 下記口座情報の記入不要。 ・ 振込先に公金受取口座を指定している場合、支給申請後に公金受取口座を変更・登録抹消すると、変更前口座に支給することがあります。 ・ 公金受取口座を登録していない場合は、マイナーポータルから簡単に登録いただけます。												
	<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する * 下記口座情報の記入をして下さい。												
	金融機関名					銀行 信用金庫 信用組合 農協							本店 支店 出張所
預金種別	1.普通 2.当座		口座番号									口座名義人 (カタカナで記入)	
	3.その他												

この申請に係る事務に必要な住民税資料の調査に承諾し、上記のとおり申請致します。

年 月 日

平 群 町 長 様

役場記入欄	・ 世帯主 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票	・ 減額対象者 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票	
-------	---	---	--