

国民健康保険食事療養標準負担額減額差額支給申請書

被保険者記号番号							
世帯主	住 所	輪島市					
	氏 名			生年月日	昭和 平成	令和 年 月 日	男・女
減額対象者	氏 名			生年月日	昭和 平成	令和 年 月 日	男・女
	世帯主との続柄			区分	一般 退職	個人番号	
減額認定書の交付を受けている者				発行年月日	令和 年 月 日		
				長期該当年月日	令和 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)				令和 年 月 日から 令和 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	
差額として支払う額						円	
振 込 金融機関名	銀行 信用金庫 農協			支店	普 当 貯	口座 番号	
カナ 口座名義 (世帯主)							
減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由							

令和 年 月 日