

国民健康保険標準負担減額差額支給申請書

被保険者証番号		07—			
減額対象者	氏名		男・女	続柄	
	生年月日		年 月 日	区分	一般・退職
備考 ※既に減額認定証の交付を受けている方のみ記入してください。	交付年月日		年 月 日		
	適用年月日		年 月 日		
	長期該当年月日		年 月 日		
入院した保険医療機関等	名称				
	所在地				
入院期間(日数)		年 月 日から			日間
		年 月 日まで			
入院に際して受けた食事療養に対して支払った金額(標準負担額)					円
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	<input type="checkbox"/> 長期入院該当申請日以降長期入院該当年月日前の入院であったため <input type="checkbox"/> その他 [ ]				
上記のとおり国民健康保険標準負担額減額差額の支給を申請します。 年 月 日 世帯主 住所 江津市 町 氏名 (電話 ) 江津市長 様					

※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

市処理欄	差額支給	(460-210)円×	回=	円	処理年月日
		(210-160)円×	回=	円	平成 年 月 日
		(460-160)円×	回=	円	
		(460-100)円×	回=	円	
	合計			円	支払年月日 平成 年 月 日