

国民健康保険食事療養標準負担額差額支給申請書

被 保 険 者	記 号				番 号					
世 帯 主	住 所									
	氏 名						生 年 月 日	年 月 日		
	個 人 番 号									
限 度 額 適 用 標 準 負 担 額 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
食事療養減額認定証の交付を受けている者					認 定 証 の 発 効 期 日		年 月 日			
					長 期 入 院 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 食 事 療 養 標 準 負 担 額		円	
食事療養標準負担額の減額に係る認定を受けていることの確認を受けなかつた理由			
上記のとおり申請します。 次の受取口座に振込みを依頼します。 年 月 日 (提出先) 川越市長 世帯主 住 所 氏 名 電話番号			

受 取 口 座 ※ 右記の□のいずれかに レ印を記入してください。	☐ 公金受取口座を利用する。 (公金受取口座を利用する場合は、下記の口座情報の記入は、不要です。)		
	☐ 振込先口座を指定する。 (下記に振込先口座の情報を記入してください。)		
振 込 先 金 融 機 関 名	種 目 及 び 口 座 番 号	口 座 名 義 人	
銀 行 信 用 金 庫 農 業 協 同 組 合 支 店	普 通 ・ 当 座	フリガナ 氏 名	

受付印	
受付担当者	