様式第１４号（第２１条関係）

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

被保険者記号・番号				
減額対象者	氏名		個人番号	
	世帯主との続柄		生年月日	年　月　日
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	

入院をした保険医療機関等	名称	
	所在地	
入院日数	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
標準負担額減額認定証の交付申請又は保険医療機関等に提出ができなかった理由		
ア　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 イ　その他〔　　〕		
受取口座	□　公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要）。 □　振込口座を指定する。	

振込先	金融機関	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	（フリガナ） 口座名義人	
	支店		口座番号	
	口座種別	普通・当座・その他（　）		

上記のとおり関係書類を添えて国民健康保険食事療養費標準負担額減額差額の支給を申請します。

年　月　日

住　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

世帯主氏名

（申請者） ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 個人番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（提出先）川越市長

世帯主以外の方が受領する場合は、下記の委任状を記入してください。

委任状　　年　月　日

国民健康保険給付費等に関する受領を下記の代理人に委任します。

世帯主氏名

（申請者） ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代理人住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代理人氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 個人番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿

受付担当者	添付書類チェック欄	受付印