

## 様式第38号(第32条関係)

## 国民健康保険限度額適用・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			資格	一般・退職本人・退職被扶養
限度額適用・標準負担額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		
		適用区分	低所得者Ⅰ・低所得者Ⅱ		

食事療養又は生活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		日間		
	年 月 日 まで				
入院期間に受けた食事療養等に対し支払った額					円
保健医療機関等に支払った一部負担金の額					円
限度額適用・標準負担額減額認定証の交付申請又は提出ができなかつた理由					
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>下記の金融機関の預金口座に振込みを依頼します。</p> <p>年 月 日</p> <p>(提出先) 川越市長</p> <p style="text-align: right;">世帯主 住所 氏名 電話番号</p>					
振込先金融機関名	預金種目及び口座番号		預金口座名義人		
銀行 信用金庫 農業協同組合 支店	普通 ・ 当座			フリガナ 名義人	

受付印

受付担当者