

国民健康保険限度額適用・標準負担額差額支給申請書

被保険者証の記号番号							
世帯主	住所						
	氏名				生年月日	年 月 日	性別 男・女
	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	性別 男・女
	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				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

上記のとおり申請します。  
下記の金融機関の預金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 ( )

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	普通 当座	No.	フリガナ 名義人
支店			

※ 下記の欄には記入しないでください。

別送

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

川越市	(260-210)円 × ( )日 = ( )円
処理欄	(260-160)円 × ( )日 = ( )円
	(260-100)円 × ( )日 = ( )円
	合計 ( )円

受付印