

国民健康保険食事療養標準負担額減額差額支給申請書

被保険者証記号番号				
申請者（世帯主）	住 所			
	氏 名			
	個人番号			
減額対象者	氏 名		続 柄	
	生年月日		男・女	
	個人番号			
減額認定証の交付を受けて いる者	発行年月日	年	月	日
	長期該当年月日	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額（標準負担額）			円	
減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由				

上記のとおり関係書類を添えて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
電話

印

湯梨浜町長 殿