

国民健康保険標準負担額差額支給申請書

被保険者証記号番号		琴浦																									
減額対象者	個人番号																										
	氏名																										
	申請者との続柄				生年月日			年			月			日生													
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																
入院をした保険医療機関		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に対して支払った額（標準負担額）												円															
発症・負傷の理由				<input type="checkbox"/> 第三者行為（交通事故等） <input type="checkbox"/> その他（自損事故・疾病等）																							
減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由																											
上記の通り標準負担額差額の支給を申請します。なお、支払いについては次の口座に振り込んでください。 年 月 日 住所 申請者(世帯主) 氏名 印 電話 () 個人番号 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																											
琴浦町長 様																											

振込先金融機関名										預金種目	
銀行 信用金庫			農協 信組 ()			本店(所) 支店(所) 出張所				1	普通
金融機関コード			店番号							2	当座
口座番号（右詰めでご記入ください。）					フリガナ						
					口座名義						
委任状（申請者以外の口座に振り込む場合に記入が必要です）											
委任する事項		国民健康保険標準負担額差額の受領に関する一切の権限									
委任者 （申請者）		住所					委任年月日				
		氏名 印					年 月 日				
受任者 （口座名義人）		住所					委任者との続柄				
		氏名 印									