

## 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		千曲 ・		年 月 日		
世帯主	住所	千曲市				
	氏名			生年月日	年 月 日	男・女
	個人番号					
減額対象者	氏名			生年月日	年 月 日	男・女
	個人番号					
	世帯主との続柄			電話番号	— —	
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		

食事療養費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				
食事療養費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					
世帯主以外の方が窓口に来られた場合は下記に記入してください。					
住 所 (□世帯主に同じ) .....					
氏 名 ..... (世帯主との関係: .....)					

※世帯主以外の口座に振り込む場合は、裏面の委任状へご記入ください。

※振込先口座	銀行 ・ 金庫 信用組合・農協				
	支店 支所				
	普通 ・ 当座				
名義	(フリガナ)				

確認 収納	免・経歴・番カ・パ その他 (      ・      )
	受 付

## 委任状

[委任する人（世帯主）]

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

私は、下記の者に食事療養標準負担額減額差額の受領を委任します。

[委任される人（口座名義人）]

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)