

第9号様式(第16条関係)

国民健康保険食事療養標準負担額等差額支給申請書

被保険者証記号番号		鹿出			
減額対象者	氏名		生年月日	年 月 日	男・女
	個人番号		住所		
	世帯主との続柄		一般 退本 退扶		
減額認定証の交付を受けている者		発行年月日	年 月 日		
		適用年月日			
		長期該当年月日	年 月 日		

食事療養(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) (差額支給の対象となる期間)	年 月 日から	日間
	年 月 日まで	
入院期間に受けた食事療養(生活療養)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		

食事療養標準負担額減額差額

上記のとおり関係書類を添えて

の支給を申請します。

生活療養標準負担額減額差額

年 月 日

住 所

世帯主 氏 名

個人番号

電話番号

(宛先) 出水市長