

様式第9号(第11条関係)

国民健康保険標準負担額減額差額支給申請書

(宛先)松本市長

被保険者証記号番号											
世帯主	住所	〒 ()									
	氏名				生年月日	年 月 日					
	個人番号										
減額対象者	氏名				生年月日	年 月 日					
	世帯主との続柄				減額認定証番号()						
	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						

国民健康保険標準負担額減額差額の支給を申請します。

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 ~			年 月 日			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											
ア 長期入院該当申請日以降長期入院該当年月日前の入院であったため											
イ その他											

同意書	国民健康保険標準負担額減額認定等に伴う審査での私及び世帯の所得確認については、市民税課長が保管している課税台帳により、対象資格がなくなるまで行うことに同意します。									
	年 月 日					氏名				
振込依頼欄	銀行等名									
	支店名									
	口座番号				普通・当座					
	フリガナ 口座名義									
(委任状)本申請の差額の受領を左記の口座名義人に委任します。										
年 月 日										
委任者住所										
氏名										
印										

国民健康保険標準負担額減額差額支給申請書

(宛先) 松本市長

被保険者証記号番号		松国 1 2 ○ ○ ○ ○ 7											
世帯主	住所	松本市大字○○12345番地										Tel 0263 (34) 9999	
	氏名	松本 太郎				生年月日		H2 年 3 月 4 日					
	個人番号	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	
減額対象者	氏名	松本 花子				生年月日		H2 年 1 月 1 日					
	世帯主との続柄	妻				減額認定証番号()							
	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					

国民健康保険標準負担額減額差額の支給を申請します。

食事療養を受けた保険医療機関等	名称	医療法人 ○○病院		
	所在地	松本市中央1-0-1		
入院期間(日数)	○年 8 月 10 日 ~ ○年 11 月 30 日		113 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)	71,190円			
減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由				
<input checked="" type="checkbox"/> 長期入院該当申請日以降長期入院該当年月日前の入院であったため <input type="checkbox"/> その他				

同意書	国民健康保険標準負担額減額認定等に伴う審査での私及び世帯の所得確認については、市民税課長が保管している課税台帳により、対象資格がなくなるまで行うことに同意します。			
	△年 5 月 20 日		氏名 松本 太郎	
振込依頼欄	銀行等名	八十銀行		
	支店名	駅前支店		
	口座番号	1234567	普通・当座	
	フリガナ 口座名義	マツモト タロウ 松本 太郎		
(委任状) 本申請の差額の受領を左記の口座名義人に委任します。 年 月 日 委任者住所 氏名 印				

振込先を申請者(世帯主)以外の口座にする場合は、委任状欄に必ず記入、押印してください。