

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

被保険者記号番号														
世帯主	住 所											TEL	()	
	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		
	☐ 公金受取口座を利用する（松本市に住民登録のある世帯主に限ります。利用する場合は口座情報の記入は不要です。） 公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。通帳等の写しの提出も不要になります。		
振込依頼欄	☐ 振込口座を指定する		
	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

被保険者記号番号		松国	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	
世帯主	住所	松本市丸の内3-7										TEL 0000(00)0000			
	氏名	松 次郎						生年月日		SO 年 〇 月 〇 日					
	個人番号	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	
減額対象者	氏名	松 花子						生年月日		SO 年 〇 月 〇 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		記入不要						
							長期該当年月日								

国民健康保険標準負担額減額差額の支給を申請します。

食事療養を受けようとする医療機関等	名 称											
	所在地											
入院	してください。	記入不要										日間
入院期間	受けた食事療養費											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ご家族等からは、市民税課長が保管している課税台帳により、対象資格等と同意します。										
	RO 年 〇 月 〇 日					氏名 松 次郎					
振込依頼欄	☐ 公金受取口座を指定しない場合は口座情報の記入は不要。公金受取口座を登録していない方はその提出も不要になります。										
	☒ 振込口座を指定する										
	銀行等名	〇〇銀行									
	支店名	△△支店									
	口座番号	0000000 普通・当座									
フリガナ		マツモト ハナコ									
口座名義		松 花子									
公金受取口座を指定する場合 (※松本市に住民登録のある世帯主に限ります。) はチェックしてください。マイナンバーカードを使って事前に公金受取口座の登録をしていない方はご利用いただけません。											
(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。											
RO年 〇月 〇日											
委任者住所 氏名 松 次郎											
松											