

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	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					
振込依頼欄	<input type="checkbox"/> 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。					
	<input type="checkbox"/> 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						

記入例

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	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 O 月 O 日				
	個人番号	△	△	△	△	△	△	△	△	△
減額対象者	氏名	松 花子			生年月日	SO 年 O 月 O 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							記入不要		

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	別紙のとおり	
	所在地	別紙のとおり	
入 入	療養	記入不要	
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="radio"/> ア 長期入院該当申請日以降長期入院該当当年月日前の入院であったため <input type="radio"/> 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には、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恐れがあります。ご本人の同意をお願いします。		
	RO 年 O 月 O 日	氏名 松 次郎	
振込依頼欄	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する <small>不要です。) 公金受取口座を登録していない場合は、マイナンバーの提出も不要になります。</small>		
	<input checked="" type="checkbox"/> 振込口座を指定する		
	銀行等名	OO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		
		RO年 O月 O日	委任者住所 松本市丸の内3-7
		氏名	松 次郎
			松

該当する方に○し
てください。

世帯主氏名にて
署名ください。

公金受取口座を指定する場合 (※松本市に住居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。