

# 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					
世帯主	住所	中能登町			
	氏名		生年月日	年 月 日	男・女
減額対象者	氏名		生年月日	年 月 日	男・女
	世帯主（組合員）との続柄			区 分	一 般 ・ 退 職
	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	

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 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

上記のとおり食事療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。  
尚、下記の金融機関口座に振込を依頼します。

年 月 日  
中能登町長 様

住 所  
世帯主 氏 名  
個人番号  
連絡先

印

振込先金融機関名		預金種目及び口座番号		預金口座名義人
	銀 行 信 用 金 庫 農 業 協 同 組 合	普 通 ・ 当 座	No.	(フリガナ) 名義人
	支 店			

事務処理欄

代理権の確認	身元確認（本人又は代理人）			番号関係
<input type="checkbox"/> 本人の被保険者証等 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> その他（ ）	1 点	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> プレ印字書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード
	2 点	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 年金手帳	<input type="checkbox"/> システム <input type="checkbox"/> その他（ ）