

被保険者記号・番号																							
世帯主	住所																						
	氏名											生年月日	年 月 日										
	個人番号																						
限度額適用 標準負担額 減額対象者	氏名											生年月日	年 月 日										
	個人番号													世帯主 との続柄									
限度額適用・標準負担額減額認定証 の交付を受けている者												認定証の発効期日				年 月 日							
												長期入院該当年月日				年 月 日							
												適用区分				低所得者Ⅰ ・ 低所得者Ⅱ							

食事療養又は生活療養を受けた 保険医療機関等	名称																		
	所在地																		
入院期間（日数）	年 月 日 から 日間 年 月 日 まで																		
入院期間に受けた食事療養等に対し支払った額												円							
保険医療機関等に支払った一部負担金の額												円							

限度額適用・標準負担額の減額に係る認定を受けていることの確認を受けなかつた理由

上記のとおり申請します。 次の受取口座に振込みを依頼します。 年 月 日 (提出先) 川越市長 世帯主 住所 氏 名 電話番号																		
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※ 受取口座 右記の□のいずれかに レ印を記入してください。	☐ 公金受取口座を利用する。 (公金受取口座を利用する場合は、下記の口座情報の記入は、不要です。)																	
	☐ 振込先口座を指定する。 (下記に振込先口座の情報を記入してください。)																	

振込先金融機関名	種目及び口座番号	口座名義人
銀行 信用金庫 農業協同組合	普通 ・ 当 座	フリガナ
支店		氏 名

受付印

受付担当者