

様式第14号 (第22条関係)

国民健康保険食事療養標準負担額差額支給申請書

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			資格	一般・退職本人・退職被扶養
食事療養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

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				
	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				円	

食事療養減額認定証の交付申請又は提出ができなかつた理由

上記のとおり申請します。  
 下記の金融機関の預金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☑を入れてください。	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する。 (利用する場合は、下記の口座情報の記入は不要です。)	
	<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する。(下記に口座情報を記入してください。)	

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 支店	普通 ・ 当座	フリガナ 名義人

受付印

  
  
  

受付担当者