



国民健康保険標準負担額(差額)支給申請書

年 月 日

(申請先)  
横浜市 区長

住所

申請者 氏名

(印)  
(世帯主)  
( )

電話

次のとおり標準負担額(差額)の支給を申請します。

被保険者証 記号・番号	40									
対象者氏名									生年月日	年 月 日
減額認定証の交付を受けている者									発行期日	年 月 日
									長期入院該当年月日	年 月 日から
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 日間									
入院期間中に受けた 食事療養に対して支払 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										

振込 先	銀 行	(支店コード)	種目	普通・当座	口座番号							
			信用金庫	フリガナ								
			農 協	口座名義人								

委任 状	私は、次の者に標準負担額(差額)の受領に関する一切の権限を委任します。									
	受任者(口座名義人)					委任者(世帯主)				
	住所 氏名					氏名 (印)				

処 理 欄	支給日入力	決裁日入力	申請日入力	支給金額				受 付
				円				
	課 長	係 長	係 員	決 裁				
				年 月 日 起案				
				年 月 日 決裁				
	(備考)							

(注意) 印の欄は、記入しないでください。