

国民健康保険食事療養費標準負担額減額差額支給申請書

被保険者証記号番号	和7-6045678	資格種別	一般 ・ 退職
減額対象者	氏名	新宮 愛子	
	世帯主との続柄	妻	
	生年月日	昭平・令35年10月23日	男(女)
	個人番号	086421357901	
減額認定証の交付を受けている者	発行年月日	令和 年 月 日	日
	長期該当年月日	令和 年 月 日	日
食 保 入	<ul style="list-style-type: none"> ・被保険者番号 (健康保険証に記載されている7桁の番号です) ・対象者氏名 ・世帯主との続柄 ・生年月日 ・性別 ・個人番号 (マイナンバー) 		
入院期	振込先は原則世帯主、もしくは入院していた本人		
減額認定	※それ以外の方に振り込む場合は委任状が必要です。		

振込先

銀行名	支店名	種類	口座番号	預金者名 (カタカナ)
新宮銀行	春日支店	普 当	1234567	シングウ タロウ

上記のとおり申請します。

令和 3年 1月 4日

世帯主 住所 新宮市春日1-1

氏名 新宮太郎

電話番号 0735-23-3333

(あて先) 新宮市長

病院に支払	決定額
460円 ×	食 = 円
360円 ×	食 = 円
210円 ×	食 = 円
160円 ×	食 = 円
計	計
差額支給決定額	円

申請者は世帯主です。

負担区分	備考
非 ・ 低I ・ 低II 課税 (差額支給なし)	