

国民健康保険標準負担額差額支給申請書												
被保険者証記号番号			島3									
申請者 (世帯主)	個人番号											
	住所										電話	
	氏名					印	生年月日	昭・平 年 月 日	男・女			
減 額 対象者	個人番号											
	氏名					生年月日	昭・平・令 年 月 日	男・女				
	世帯主との続柄											
減額認定証の交付を受けている期間			発 効 年 月 日			年 月 日						
			長期該当年月日			年 月 日			年 月 日・非該当			

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									
※ 食事数					食					
入院期間に受けた食事療養又は 生活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示ができなかった理由										
振込先口座 (世帯主)	銀行・金庫 信組・農協	本店 普通				口座番号				
		支店 当座 出張所 その他				口座名義人 (カタカナ)				
※ 摘 要	※銀行コード									
	※口座名義人									
令和 年 月 日										
郡 山 市 長										

※印欄は、申請者は記入しないでください。

市 確 認 欄	受付者	個人番号の確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード・通知カード <input type="checkbox"/> その他()	
		申請人の本人確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他()	
		代理権の確認	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 医療保険被保険者証 <input type="checkbox"/> その他()	
		代理人氏名等	氏名() 申請人との関係()	
		代理人の本人確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他()	

