

国民健康保険標準負担額差額支給申請書														
被保険者記号・番号				島3										
申請者 (世帯主)	個人番号													
	住所												電話	
	氏名					生年月日		年 月 日		男・女				
減額 対象者	個人番号													
	氏名					生年月日		年 月 日		男・女				
	世帯主との続柄													
減額認定を受けている期間				発効年月日		年 月 日								
				長期該当年月日		年 月 日		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 年 月 日 まで 日間											
※ 食数			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											
減額認定の確認を受けなかった理由														
振込先口座 (世帯主)			<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。(マイナポータルでの口座登録が済んでいる方のみ選択可)											
			<input type="checkbox"/> 下記口座を利用します。											
			銀行・金庫				本店 普通		口座番号					
信組・農協				支店 当座		口座名義人 (カタカナ)								
				出張所 その他										
※ 摘要	※銀行コード													
	※口座名義人													
												年 月 日		
郡山市長														

※印欄は、申請者は記入しないでください。