

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・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。