

様式第9号（第2条関係）

国民健康保険（食事療養標準負担額・生活療養標準負担額）減額差額支給申請書

被保険者証記号番号					
世帯主	住所	松前町大字			
	氏名		生年月日	年 月	男・女
減額対象者	氏名		生年月日	年 月	男・女
	世帯主との続柄		個人番号		
発行年月日	年 月 日				
長期該当年月日	年 月 日				

食事療養・生活療養を受けた保険医療機関等	名称				
	所在地				
差額支給対象となる入院期間（日数）	年 月 日 から				日間
	年 月 日 まで				
入院期間に受けた食事療養・生活療養に対し支払った額（標準負担額）					円

標準負担額の減額の認定を受けていることの確認を受けなかった理由

口座振込先（世帯主名義）

銀行・信用金庫	本店・支店	普通	口座番号						
農協・信用組合	支所・出張所	当座	口座名義人（カナ）						

※口座名義人が世帯主と異なる場合は、委任状が必要です。

上記のとおり食事療養・生活療養用に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。
なお決定額については、上記の口座に振り込んでください。

年 月 日

松前町長 様

世帯主任所 松前町大字

世帯主氏名

世帯主個人番号

世帯主との続柄
()

申請者氏名

電話番号

※申請者が世帯主と異なる場合は、委任状が必要です。

以下は、記入しないでください。

課税	費用額	減額	金額	差引支給額
非課税		円× 食		
		円× 食		
	円	円× 食	円	円