

様式第9号(第22条関係)

国民健康保険標準負担額減額差額支給申請書

被保険者証記号番号	記号		番号	
減額対象者	氏名		生年月日	年 月 日
	世帯主との続柄			
	個人番号			
長期入院	該当 ・ 非該当			
減額認定証の交付を受けている者	発行年月日	年 月 日		
	長期該当年月日	年 月 日		
食事療養を受けた 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			
入院期間に受けた食事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出ができなかった理由				

上記のとおり申請します。

年 月 日

申請者(世帯主)住 所

氏 名

個人番号

電話番号

(申請先)土浦市長

---