

課長	係長	係員	受付



## 国民健康保険食事標準負担額差額支給申請書

※太線枠内をご記入ください。

減額対象者	保険証番号						
	個人番号						
	氏名						
振込先金融機関 (世帯主の口座)	金融機関名称		銀 信 用 農	金 組	行 庫 合 協	支店	種別
							1 普通
	口座番号						
	口座名義人(カナ)						

長期入院該当日の前日までの国民健康保険食事標準負担額差額支給について申請します。

年            月            日

(申請者) 世帯主

住 所 : 益城町大字

氏 名 :

⑩

個人番号 :

--	--	--	--

届出人

氏 名 :

電話番号 (携帯)

-

-

(自宅)

-

-

益 城 町 長 様

※以下、役場記入欄

長期該当減額認定証 の申請状況	申請年月日		年	月	日
	長期該当年月日		年	月	日
役場処理欄	(      円 -      円 ) × (      ) 回 = (      ) 円	差額支給額	円		