




国民健康保険標準負担額（差額）支給申請書

年 月 日

(申請先)  
横浜市 区長

住所 \_\_\_\_\_

申請者 氏名 \_\_\_\_\_ \*

(世帯主)

電話 \_\_\_\_\_


※世帯主（成年後見人を含む。）の口座へお振込みをご希望の場合は、押印に代えて、以下の署名欄へご署名いただくことも申請が可能です。その場合、世帯主（成年後見人を含む。）が署名欄に氏名を自署してください。

(署名欄)

次のとおり 食事療養標準負担額 生活療養標準負担額 (差額) の支給を申請します。

被保険者証 記号・番号	40							申請者個人番号		
								対象者個人番号		
対象者氏名							生年月日	年 月 日		
給付事由	食事	8	円→	円	資格区分	一	般	1	<input checked="" type="radio"/> 本人	2
	生活	B				<input checked="" type="radio"/> 扶養入院	3			
入院期間 (日数及び回数)	年 月 日から			日間	支払った 標準負担額		円			
	年 月 日まで			回						
減額認定状況	発効期日	年 月 日			長期入院 該当年月日	年 月 日				
減額認定証の交付申請 又は提出ができなかった理由										
保険医療機関等の 名称及び所在地										

振込先	銀行	<input type="text"/>	(支店コード)	種目	普通・当座	口座番号	<input type="text"/>
	信用金庫			口座名義人		※カタカナでご記入ください。	
	農協		支店				

委任状	私は、次の者に	食事療養標準負担額 生活療養標準負担額	(差額)の受領に関する一切の権限を委任します。
	受任者(口座名義人)	委任者(世帯主)	
	住所 氏名	氏名 	

※ 査定金額	円			※ 支給金額	円	
※ 処理欄	支給日入力	決裁日入力	申請日入力	資格確認		受付
	(備考)					

(注意) ※印の欄は、記入しないでください。