

標差

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

世帯主または世帯主の成年後見人を記入
電話番号は日中に連絡のつく番号

申請者
(世帯主)

住所
氏名
電話

該当者について記入

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	資格区分
	生活	B	
円→ 円		一般	1 <input checked="" type="radio"/> 本人 2
		<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
	年 月 日まで	回	円
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			

申請者名義の口座を記入
(申請者と異なる名義の場合は委任状も記入)

振込先	銀行	(支店コード)	種目	普通・当座	口座番号
	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	朱肉を使う印鑑 (申請者名のもの)
	受任者(口座名義人) 住所 氏名	委任者(世帯主) 氏名	<input checked="" type="checkbox"/>

【添付書類】
・医療機関の領収書

処理欄 (備考)				

(注意) ※印の欄は、記入しないでください。