

第9号様式



標準

(申請先)
横浜市

国民健康保険標準負担額（差額）支給申請書

年 月 日

**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 (差額) の支給を申請します。
生活療養標準負担額

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		
給付事由	食事	8	円→ 円 支払った標準負担額 円
	生活	B	
入院期間 (日数及び回数)	年 月 日から 年 月 日まで	日間 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			

**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 (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	生活療養標準負担額	委任者(世帯主)
	氏名		氏名

**【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。