阿蘇市国民健康保険（食事・生活）療養標準負担額減額差額支給申請書

被保険者記号・番号		阿蘇	
減額対象者	氏名		
	生年月日	年　月　日	
	個人番号		
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　年　月　日 まで　日間		
入院期間に受けた食事（生活）療養に対し支払った額（標準負担額）	円		

限度額適用・標準負担額減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由

阿蘇市長　様

上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。

振込先の口座名義人が申請者（世帯主）と異なる場合には、下記指定口座への振込をもって阿蘇市からの支払金の受領と認めます。

令和　年　月　日

申請者（世帯主）

住　所

氏　名

個人番号

金融機関名		支店名	
口座名義人カナ		種別	普通　・　当座
口座番号		右づめ記入	
ゆうちょ銀行　記号	番号		1

主管課長	課長補佐	係長	担当

本人確認	確認書類	□個人番号カード　□運転免許証　□身体障がい者手帳 □在留カード　□(　　)			
	個人番号	□個人番号カード　□通知カード　□住民票 □公簿(閲覧同意　有 ・ 無)　□(　　)			
	代理人	□委任状　□被保険者証　□(　　)			
		氏名		連絡先	
		世帯主との関係	□同一世帯の家族　□(　　)		

計算式	(　　)－(　　)＝
支給決定額	円
国保税滞納	有　・　無