

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																							
<p>阿蘇市長 様</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住 所</p> <p>申請者</p> <p>(世帯主) 氏 名</p> <p>個人番号 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table></p>																							
<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した世帯主の公金受取口座を利用します。 ※公金受取口座へ振込を希望し、上記にチェックを入れた場合は、以下の金融機関情報についての記載は必要ありませんが、記載があった場合には以下の金融機関情報への振込を優先します。																							
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

第三者行為の有無(有・無)

確認欄	公簿

