

# 国民健康保険食事療養標準負担額減額差額申請書

被保険者証記号・番号		全歯 ー			
組 合 員	住 所	〒			
	氏 名			生年月日	年 月 日
減 額 対 象 者	氏 名			生年月日	年 月 日
	組合員との続柄			長 期 入 院	該 当 ・ 非該当
減額認定証の交付を受けている者			発 行 年 月 日	年 月 日	
			長 期 該 当 年 月 日	年 月 日	

食事療養を受けた保健医療機関等	名 称				
	所 在 地				
入院期間 (日数)	年 月 日から				日間
	年 月 日まで				
入院期間に受けた食事療養に対し支払った額 (標準負担額) 円					
減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由					

上記のとおり申請いたします。				
年 月 日		必 ず 記 入	(フリガナ)	
〒			振 込 先	銀行・信金 店 信組・農協 出張所
組合員 住 所			口 座 番 号	
氏 名			口 座 種 別	普 通 ・ 当
電話番号 ( ー ー )			(フリガナ)	
全国歯科医師国民健康保険組合理事長 殿		通 帳 名 義		Ⓜ ※自署の場合は 押印省略可

備考 入院期間の欄は、差額支給の対象である期間を記載すること。

支 給 金 額	
	円

係



支部長	支部常務	係

