

<input type="checkbox"/> 振込先口座を指定する		<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する	
振 込 先 口 座	銀行	本店	
	信用金庫	支店	
	農協	出張所	
	口座種別	普通 ・ 当座	
	口座番号		
	フリガナ		
	口座名義人		

国民健康保険食事療養標準負担減額差額支給申請書				
被保険者 記号番号	北広島			
減額対象者	氏名		生年月日	年 月 日
	個人番号		世帯主 との続柄	
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 保険医療機関等	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	1 申請する暇が無かったため 2 緊急な入院だったため 3 長期該当のため 4 その他（ ）	
上記のとおり申請します。				
年 月 日 千 一				
住所 北広島市				
世帯主				
氏名				
個人番号 <input type="text"/>				
(電話番号 ー ー)				
北広島市長 様				

※市区町村処理欄

差 額 支 給	イ. (490-230) 円 × () 食 = () 円	受理番号 台帳番号 合計 支給決定年月日 年 月 日
	ロ. (230-180) 円 × () 食 = () 円	
	ハ. (490-180) 円 × () 食 = () 円	
	ニ. (490-110) 円 × () 食 = () 円	
	ホ. 却下 (理由 :)	

[区分 非課税 ・ 低所得Ⅱ ・ 低所得Ⅰ]