

様式第3号の2（第10条関係）

国民健康保険 食事療養 生活療養 標準負担額減額差額支給申請書					受付	確認
被保険者証の 記号・番号	奈3	食事療養ま たは生活療 養を受けた 被保険者	氏名 ----- 生年月日		世帯主との続柄	
減額認定証 の交付状況	交付あり（ 交付なし	年 月 日	長期該当 年 月 日	年 月 日		
課税状況	上位所得 一定以上	課税 一般	非課税 低所得Ⅱ	不明（ 低所得Ⅰ	年 月 日現在）	
食事療養または生活療養を 受けた保険医療機関		名 称				
		所在地				
入院期間 及び日数	年 月 日から 年 月 日まで		日間			
食事療養または生活療養に 対して支払った額		円				
減額認定証の交付申請または 提出ができなかった理由		1. 制度のことを知らなかったため 2. 入院中で、交付申請ができなかったため 3. 保険医療機関への提出をやむを得ず忘れたため 4. その他（ ）				
口座振替 (銀行・支店コード)	銀行 農協 信用金庫 ()	本店 支店 ()	1. 普通 2. 当座 3. その他 ()	口座番号() フリカ、ナ 名 義() (世帯主に限る)		
上記のとおり食事療養または生活療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。 なお、この申請に関して課税台帳及びその他課税資料を確認することに同意します。						
年 月 日		世帯主 住所				
大和郡山市長 様		氏名		印		
		電話				
		届出人 氏名		印		
		電話				
食事療養・生活療養標準負担額減額差額支給額						
支給・却下(理由)		一般		円		退職 円
備考						