

国民健康保険 食事療養標準負担額減額 差額支給申請書  
生活療養標準負担額減額

年 月 日

被保険者証記号番号					
世帯主	住所				
	氏名	生年月日	年 月 日	男・女	
減額対象者	氏名	生年月日	年 月 日	男・女	
	世帯主との続柄	個人番号			
減額認定証の交付を受けている者		発効年月日	年 月 日		
		長期該当年月日	年 月 日		

食事療養(生活療養)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					