

第23号様式（第18条第1項関係）

国民健康保険食事療養標準負担額減額差額支給申請書													
被保険者記号番号		島 8 3 -											
申請者 (世帯主)	住所	大熊町大字 字											
	氏名						生年月日	年 月 日					
対象者	氏名						生年月日	年 月 日					
	個人番号												
	世帯主との続柄						第三者からの行為による傷病	□有 □無					
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						
食事療養費を受けた医療機関等	名称												
	所在地												
入院期間（食事回数）							年 月 日から						
※差額支給対象期間							年 月 日まで		回				
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													
□支払日まで申請ができなかったため □未提出 □その他（ ）													
上記のとおり申請します。													
年 月 日													
住 所 大熊町大字 字													
申請者 氏 名													
(世帯主) 個人番号(12桁)													
電話番号 ()													
大熊町長 様													
※市町村処理欄	受付	本庁	会津	いわき	中通り	郵送	受付者			本人確認			
									個人番号確認				
	振込		金融機関				支店名						
	金融機関 (世帯主口座)		口座番号				口座名義人 (カタカナ)						

※欄は、申請者は記入しないこと。