

支給決定してよろしいでしょうか。

課長	補佐	係長	係 員

被保険者記号番号		小千谷 000		県障・県老・単子・県親											
世帯主	住所	小千谷市										Tel			
	氏名					個人番号									
減 額 対象者	氏名					生年月日		年 月 日							
	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		交付年月日		年 月 日							
		長期該当年月日		年 月 日		適 用 区 分		才 ・ I ・ II							
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													
		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															
1 長期入院該当申請日以降長期入院該当年月日前の入院であったため															
2 その他（ ）															
どちらかに✓をしてください。															
<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する。（世帯主の口座に限ります。振込先の記載は不要です。）															
<input type="checkbox"/> 振込先を指定する。（下記に記載ください。）															
差 額 振込先	銀行・金庫 農協・組合				支店		口座番号 普・当								
							フリガナ								
						名 義									
備 考															

上記のとおり申請します。

国民健康保険特別会計

[illegible]

本人確認記録	連絡票	有	無	課	係
提出書	本人	代理人（個・法）	番号記載	有	無
代理権確認	戸（法定）	委（任意）	その他（個 保 運 パ）		
番号確認	個	通	住写 住証 GP		
身元確認（代理人においては代理人の身元確認）	1点	個 運 パ 身 精 療 在 特 他（ ）			
	2点	国 健 船 後 介 年金 児扶 特児 他（ ）			
	4点	本人しか持ちえない書類若しくは GP による聞き取り ・ ・ ・ ・			
	法人	証明（登記 印鑑）関係を証する書類（社員証等）			