

決裁年月日 年 月 日

支給決定してよろしいでしょうか。

國民健康保險食事療養費標準負擔額 減額差額支給申請書（兼支給決定）

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							

令和 年 月 日

上記のとおり申請します。

小千谷市長 あて

国民健康保険特別会計

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 バ）
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 バ 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）	