

# 国民健康保険食事療養標準負担額減額差額申請書

記 号 ・ 番 号	全 歯 ー				
組 合 員	住 所	〒			
	氏 名		生年月日	年	月 日
減 額 対 象 者	氏 名		生年月日	年	月 日
	組合員との続柄		長 期 入 院	該 当 ・ 非該当	
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 を 受 け た 保 健 医 療 機 関 等	名 称	
	所 在 地	
入 院 期 間 ( 日 数 )	年 月 日 から	日 間
	年 月 日 まで	
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		

上記のとおり申請いたします。	必 ず 記 入	(フリガナ)	
年 月 日		振 込 先	銀行・信金 店 信組・農協 出張所
〒		口 座 番 号	
組 合 員 住 所		口 座 種 別	普 ・ 当
氏 名		(フリガナ)	
電 話 番 号 ( ー ー )	通 帳 名 義		
全国歯科医師国民健康保険組合理事長 殿	Ⓜ ※自署の場合は 押印省略可		

備考 入院期間の欄は、差額支給の対象である期間を記載すること。

支 給 金 額	
	円

係



支 部 長	支 部 常 務	係

