

様式第27号(第32条関係)

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

年 月 日

天童市長 様

下記のとおり申請します。

被保険者証記号番号		—			
世帯主	住 所	天童市			
	氏 名	印	生年月日	年 月 日	男・女
減 額 対象者	氏 名	電話 ( )	生年月日	年 月 日	男・女
	個人番号				世帯主との続柄
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 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					
イ 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 ロ その他					