

支給			円		

国民健康保険食事療養標準負担額減額差額支給申請書

被保険者証記号番号		建 一	
組合員	住 所		
	氏 名	S・H・R 年 月 日	
	マイナンバー		
減額 対象者	氏 名	S・H・R 年 月 日	
	組 合 員 と の 続 柄		
	マイナンバー		
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
食事の回数	回		
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
食事の回数	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			

長野県建設国民健康保険組合理事長 殿

処理年月日 年 月 日

確認書類	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード（組合員・他）	届出人	<input type="checkbox"/> 組合員	身元確認者	
	<input type="checkbox"/> 運転免許証（組合員・他）		<input type="checkbox"/> 代理人		
	<input type="checkbox"/> その他（ ）		（ ）		

（注）給付金は、あらかじめ届け出いただいた口座に振り込みます。

（注）下記欄は記入しないで下さい。

※日数	日	円→	円
式			

※日数	日	円→	円
式			