	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		-	_											
	住 所															
組合員	氏 名											S·H	I · R	年	月	El .
	マイナンバー													<b>—</b>	71	Н
744.4.4.4.4.4.4.4.4.4.4.4.4.4.4.4.4.4.4	氏 名											S·H	· R	Æ		П
減額 対象者	組合員	رام دا	结	杻										年	月	日
刈水田	マイナンバー		形に	ניור												
減額認定:	<u> </u>	発	 行	<u>」</u> 年	月		<u> </u>							年		日
受けている者 長期該当年														<u>'</u> 年		日
	食事療養を受けた保険医療機関等					名 称										
食事療養						所在地										
- St. Germ									<del></del> 年					日から		
入院期間	(日数)						年月日まで								日間	
食事の回数	数											1	1			
				名	移	尓										
(長事)(後で、)	を受けた保険日	医療機 🖟	(1)等		Ī	所在	玍坮	Įī.								
オルウ井田目目	7 724-440 888 / 12 34/.)								<u> </u>			年	月	日から		口明
入院期間	(口剱)											年	月	日まで		日間
食事の回数												Ī	1			
	入院期間に受けた食事療養に対し支払った								負担	坦客	頁)					円
減額認定認	証の交付申請ご	又は提出	出がて	ごきれ	なか	307	た理	里由								
上 長野県建	設国民健康	保険組	白理	事	長		L Ž									
处理年月日 年									月	日						
確 認 □ マイナンバーカード ( 組合員 ・ 他 ) □ 運転免許証 ( 組合員 ・ 他 ) □ その他 ( )							)	届出人			組合」代理》		身元確認者			
(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-	$\rightarrow$		円				<b>*</b> F	日数	, Z	日		円→	円
式	<u>'</u>								Ī	式				1		