

国民健康保険生活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		伊			
世帯主	住所	京都府与謝郡伊根町字			番地
	氏名		生年月日	年 月 日	男・女
減額対象者	氏名		生年月日	年 月 日	男・女
	世帯主との続柄				
限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を受けている者		発行年月日	平成	年	月 日
		長期該当年月日	平成	年	月 日
生活療養を受けた保険医療機関等		名称			
		所在地			
入院期間(日数)		平成	年	月	日から 日間
入院期間に受けた生活療養に対し支払った額(標準負担額)					円
限度額適用・標準負担額減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由					

平成 年 月 日

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。