

第 12 号様式

相模原市 国民健康保険	退 退 一 本 扶 般	<b>国民健康保険標準負担額減額差額支給申請書</b> (表)	太線の中をご記入ください。
----------------	----------------	------------------------------------	---------------

被保険者記号・番号 10- 1 8	減額対象者の氏名 フリガナ	生年月日 昭平 年 月 日 令
減額対象者の個人番号		

減額認定証に 記載されてい る年月日	交付年月日	年 月 日	支給決定金額(領収書等添付)		
	発効期日	年 月 日			
	有効期限	年 月 日	円		
	長期入院該当	年 月 日から			

減額認定証の交付申請又は 提出が出来なかった理由	1. 入院中の対象者が長期入院該当となったため 2. 世帯主が入院中等だったため 3. 緊急の入院だったため 4. その他 ( )
-----------------------------	--

振込 指定 先	金融機関名	銀行・信金・信組 本店 支店			店番号			
	預金の種類	1. 普通	口座番号	フリガナ	氏名			
		2. 当座		名義人				

上記のとおり標準負担額の差額の支給を申請します。  
 振込先の口座名義人が申請者(世帯主)と異なる場合には、上記の口座名義人を代理人とし、上記指定口座への振込をもって相模原市からの支払金の受領と認めます。

住所 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_  
 申請者(世帯主) 個人番号 \_\_\_\_\_  
 電話番号 自宅 ( ) \_\_\_\_\_  
 緊急連絡先 ( ) \_\_\_\_\_

相模原市長 あて

国民健康保険に関するご連絡に使用します。

国 保 年 金 課 処 理 欄	支給決定年月日	令和 年 月 日	決 裁	決裁者	担 当	合 議	受付年月日、受付場所	受付者		
	申請年月日	9 15	住 民 コ ー ド	1 6	2 5	2 6	診 療 月	3 0	令和 年 月 日 ( ) 区民課 まちづくりセンター	
	実日数	3 1	療 養 に 要 し た 費 用	3 3	3 4 (1 0 4)	4 3 (1 1 3)	認 定 根 拠 区 分	課 税 O/L 確 認 証 明 書 等 の 添 付 其 他 ( )		
	金融機関CD	4 4	店 番	4 7 4 8	種 目	5 0 5 1 5 2	口 座 番 号	5 8	確 認 日	
	口座名義人							5 9	7 8	令 和 年 月 日
	備考							確 認 者		
	療 養 種 別	8 9	9、食事差額	点 数 表	9 0	5、その他	入 院 外 来	9 1	1、入院	
	被 保 険 者 負 担 額	9 2	1 0 1	1 1 4	1 2 3					
	身元確認			本人	代理人			代理権確認		
	写真有(1点)			写真無(2点以上)			委任状 其他( )			
番号カード	免許証	住基カード(写真有)	保険証(国・後・社)			年金手帳・証書	代理人氏名			
パスポート	在留C	障害者手帳(身・療・精)	医療証(障・親・)			続柄				
その他( )	その他( )			その他( )						
番号確認	番号カード	通知カード	OL	その他( )						

(裏)

申請金額の内訳

領収書のコピーを必ず添付してください

1	保険医療機関の名称及び所在地			
	名 称			
	所在地			
	入 院 期 間	入院日数(うち食事回数)	支払った標準負担額等	支 給 申 請 金 額
	年 月 日 年 月 日	日(食)	円	円
	差 額 計 算 の 内 訳			備 考
( - )円×( )食=( )円				
( - )円×( )食=( )円				
( - )円×( )食=( )円				
2	保険医療機関の名称及び所在地			
	名 称			
	所在地			
	入 院 期 間	入院日数(うち食事回数)	支払った標準負担額等	支 給 申 請 金 額
	年 月 日 年 月 日	日(食)	円	円
	差 額 計 算 の 内 訳			備 考
( - )円×( )食=( )円				
( - )円×( )食=( )円				
( - )円×( )食=( )円				
3	保険医療機関の名称及び所在地			
	名 称			
	所在地			
	入 院 期 間	入院日数(うち食事回数)	支払った標準負担額等	支 給 申 請 金 額
	年 月 日 年 月 日	日(食)	円	円
	差 額 計 算 の 内 訳			備 考
( - )円×( )食=( )円				
( - )円×( )食=( )円				
( - )円×( )食=( )円				
4	保険医療機関の名称及び所在地			
	名 称			
	所在地			
	入 院 期 間	入院日数(うち食事回数)	支払った標準負担額等	支 給 申 請 金 額
	年 月 日 年 月 日	日(食)	円	円
	差 額 計 算 の 内 訳			備 考
( - )円×( )食=( )円				
( - )円×( )食=( )円				
( - )円×( )食=( )円				