

国民健康保険生活療養標準負担額差額支給申請書

生活

下記のとおり申請します。

令和 3 年 4 月 1 日

(宛先) 新潟市長

記載例

申請者(世帯主)

郵便番号 9 5 1 - ■■■■

住所 新潟市 中央区学校町通●番町●番地●

氏名 新潟 花子 電話番号 ×××-△△△-●●●●

個人番号 ■■■■■■■■■■■■■■■■■■

減額対象被保険者

被保険者記号・番号 新潟 1 2 - 3 4 5 - ■■■■ (枝番) ●●

氏名 新潟 柳都

生年月日 昭和 ■■■年■■■月■■■日

個人番号 ■■■■■■■■■■■■■■■■■■●

Table with 5 columns: 支払区分, 口座振替金融機関, 預金種別, 口座番号, 口座名義. Includes details for 口座振替, 銀行, 普通, 1234●●●●, and ニガタハコ 新潟 花子.

委任状

この欄は申請者(世帯主)以外の口座に振込を希望する場合に記入してください

支給される金額の受領を下記の者に委任します。

年 月 日

郵便番号 ■■■■ - ■■■■

受任者 住所 別々の印鑑(認印でも可)を押印してください

氏名 印 電話番号 - -

(受任者、委任者とも押印願います。)

委任者(世帯主) 印

処理欄(以下は、記入しないでください)

この欄は、記入不要です

Table with multiple rows and columns for administrative details, including 減額認定証の発行年月日, 生活療養を受けた医療機関, 入院期間, 減額認定を受けていることの確認を受けなかった理由, and 支給決定金額.