

第9号様式



国民健康保険標準負担額（差額）支給申請書

年 月 日

(申請先)  
横浜市

長

住所 \_\_\_\_\_

申請者 氏名 \_\_\_\_\_  
(世帯主)

電話 \_\_\_\_\_

次のとおり 食事療養標準負担額 (差額) の支給を申請します。  
生活療養標準負担額

被保険者証 記号・番号	40			申請者個人番号	
				対象者個人番号	
対象者氏名				生年月日	
給付事由	食事	8	円→	円	支払った標準負担額
	生活	B			
入院期間 (日数及び回数)	年 月 日から 年 月 日まで			日間	
減額認定状況	発効期日	年 月 日		長期入院 該当年月日	年 月 日
減額認定証の交付申請 又は提出ができなかった理由					
保険医療機関等の 名称及び所在地					

振 込 先	銀行	<input type="text"/>	(支店コード)	種目	普通・当座	口座番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	信用金庫	支店			口座名義人	カタカナでご記入ください。							
	農協												

委 任 状	私は、次の者に	食事療養標準負担額 生活療養標準負担額	(差額) の受領に関する一切の権限を委任します。
	受任者(口座名義人) 住所	委任者(世帯主)	
	氏名	氏名 <span style="float: right;">㊞</span>	

※ 査定金額	円		※ 支給金額	円	
※ 処 理 欄	支給日入力	端末入力	資格確認		受付
	(備考)				

(注意) ※印の欄は、記入しないでください。