

決 裁	理 事 長		常 務 理 事		事 務 局 長		課 長		係 長		主 任		担 当 者
起案 年 月 日													
支給(出)金額		¥		資 格 取 得		年 月 日							
支給期間		自 至		年 月 日 年 月 日		日 間							
支給額算出式	区分	1. 非課税世帯 2. 生活保護申請却下 3. 長期入院該当											
		医療機関等に支払った日 額		減額認定による日 額		回数		差 額					
	(円 — 円) × 回 = 円												
備考		(整理番号 年度)											

(注) この欄は記入しないこと。

※黒枠に必要事項を記入して下さい

国民健康保険食事療養費標準負担額減額差額支給申請書														
被保険者証の記号番号		建国	枝番	減額対象者の氏名		年 月 日				組合員との続柄				
今回の申請にかかる減額認定証の発行年月日				年 月 日		長期入院該当		年 月 日から						
食事療養を受けた保険医療機関等		所在地		TEL										
		名称		年 月 日 から 年 月 日 まで				日 間		保険医療機関等で食事療養に対し支払った額		円		
減額認定証の交付申請又は提出できなかった理由								備考						
上記のとおり別紙証拠書類を添えて申請します。 年 月 日														
組合員の住所 (申請者) 氏名														
大阪建設国民健康保険組合理事長殿														
送金方法にチェックして下さい	<input type="checkbox"/> ゆうちょ銀行(振込手数料はかかりません)													
	ゆうちょ銀行				通帳記号				通帳番号(右詰めでご記入ください。)					
					1 0				1					
	フリガナ													
	氏名 (組合員本人に限る)													
	<input type="checkbox"/> ゆうちょ銀行以外の銀行(振込手数料は差し引いて振込みます。)													
	銀行名		銀行・信用金庫				支店							
	預金種類		普・当座・()				口座番号							
	フリガナ													
	氏名 (組合員本人に限る)													
<input type="checkbox"/> 支部窓口														
組 合 記 載 欄				支 給 日				年 月 日						