

様式第34号

決裁	理事	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 年 月 日	至 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額	減額認定による額	回数	差額	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 〇〇-〇〇〇〇〇 〇〇	減額対象者の氏名	大建 太郎		組合員との続柄	本人	
今回の申請にかかる減額認定証の発行年月日	年 月 日	生年月日	〇〇年 ××月 △△日生		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	大阪市〇〇区〇〇1-1-1		TEL			
	名称	〇〇病院		〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇			
入院期間(日数)	〇年〇月〇日 から 〇〇日間	保険医療機関等で食事療養に対し支払った額	〇〇, 〇〇〇 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。 〇〇年 ××月 △△日							
組合員の住所		大阪市浪速区敷津西2-14-22					
組合員(申請者)の氏名		大建 太郎					
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。)				
	フリガナ	1			0		1
	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				

記入日

本人が亡くなられた場合は、「本人死亡の為(続柄)〇〇〇〇」と記入して下さい。