

第 12 号様式

相模原市 国民健康保険	退 退 一 本 扶 般	国民健康保険標準負担額減額差額支給申請書 (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	7 9	8 8	円
	有効期限	年 月 日			
	長期入院該当	年 月 日から	内訳裏面のとおりに		

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 2. 当座	口座番号	フリガナ 氏名

上記のとおりに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	決 裁	決裁者	担 当	合 議	受付年月日、受付場所 令和 年 月 日 () 区民課 まちづくりセンター	受付者		
	令和 年 月 日								
	申請年月日	住民コード			診療月	認定根拠区分 <input type="checkbox"/> 課税 O/L 確認 <input type="checkbox"/> 証明書等の添付 <input type="checkbox"/> その他 ()	確認日 令和 年 月 日 確認者		
	9 1 5	1 6	2 5	2 6	3 0				
		実日数	療養に要した費用						
		3 1	3 3	3 4 (1 0 4)	4 3 (1 1 3)				
		金融機関CD	店番	種目	口座番号				
		4 4	4 7 4 8	5 0	5 1 5 2	5 8			
		口座名義人							
	5 9						7 8	備考	
	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		標準負担額						
	9 2	1 0 1	1 1 4			1 2 3			
	身元確認 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人								
	写真有 (1点)			写真無 (2点以上)		代理権確認			
	<input type="checkbox"/> 番号カード <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留C <input type="checkbox"/> 障害者手帳(身・療・精) <input type="checkbox"/> その他 ()			<input type="checkbox"/> 各種証(国・後・社・介) <input type="checkbox"/> 医療証(障・親・) <input type="checkbox"/> 年金手帳・基礎年金番号通知・証書 <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他 () 代理人氏名 続柄			
	番号確認	<input type="checkbox"/> 番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> OL <input type="checkbox"/> 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
① (-) 円 × () 食 = () 円				
② (-) 円 × () 食 = () 円				
③ (-) 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
① (-) 円 × () 食 = () 円				
② (-) 円 × () 食 = () 円				
③ (-) 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
① (-) 円 × () 食 = () 円				
② (-) 円 × () 食 = () 円				
③ (-) 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
① (-) 円 × () 食 = () 円				
② (-) 円 × () 食 = () 円				
③ (-) 円 × () 食 = () 円				