

第 24 号様式 (第 18 条第 2 項関係)

国民健康保険生活療養標準負担額減額差額支給申請書					
被保険者証記号番号		島 8 1 - 9999999 <small>(保険証上部に記載されている番号)</small>			
世帯主	住所	富岡町 大字本岡字王塚622-1			
	氏名	富岡 太郎	生年月日	昭和 43 年 2 月 1 日	男・女
減額対象者	氏名 (個人番号)	富岡 花子 (8888 8888 8888)	生年月日	昭和 54 年 3 月 2 日	男・女
	世帯主との続柄	妻			
減額認定証の交付を受けている者		発行年月日	平成27 年 8 月 1 日		
		長期該当年月日	平成27 年 8 月 1 日		
生活療養を受けた保険医療機関等		名称	〇〇 病院		
		所在地	〇〇県〇〇市〇〇88-8		
入院期間 (日数)		平成27 年 11 月 11日から			
※ 差額支給対象期間		平成27 年 11 月 22日まで 12 日間			
入院期間に受けた生活療養に対し支払った額 (標準負担額)				18,560 円	
減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由					
緊急な入院だったため、限度額適用・標準負担額減額認定証を携帯していなかった。					
受給方法	富岡町役場出納室 富岡町役場税務課	口座振込	〇〇 銀行 △△ 支店	備考	
		番号	9999999 (トミカ 知 名義)		
上記のとおり申請します。					
平成27年 4月 1日					
世帯主		住所	富岡町 大字本岡字王塚622-1		
		氏名	富岡 太郎		
		個人番号	(9999 9999 9999)		
		電話番号	024 - 999-9999 ※日中連絡がとれる電話番号(携帯電話可)		
富岡町長		様			