

様式第23

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					
被保険者証記号番号	島 3 3 — 0 0 0				
世帯主	住 所	福島県南会津郡檜枝岐村字			
	氏 名	印	生年月日	年 月 日	男・女
減額対象者	氏 名		生年月日	年 月 日	男・女
	世帯主との続柄				
減額認定証の交付を受けている者		発行年月日	年 月 日		
		長期該当年月日	年 月 日		

食事療養を受けた保険医療機関等	名 称	
	所在地	
入院期間（日数）	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間
入院期間に受けた食事療養に対し支払った額(標準負担額)		円
減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由		
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>住 所 南会津郡檜枝岐村字</p> <p>申請者 氏 名 印</p> <p>檜 枝 岐 村 長 殿</p>		