国　民　健　康　保　険　食　事　療　養
標　準　負　担　額　差　額　支　給　申　請　書

被保険者記号・番号	山3　－			
減額対象者	フリガナ		生年月日	昭･平･令　　年　　月　　日
	氏名		個人番号	

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）	令和　　年　　月　　日から 令和　　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
食事療養標準負担額の減額を受けられなかった理由	□　長期入院該当申請月のため □　（　　）	

振込希望の金融機関名 （世帯主以外の口座の場合は委任状が必要）	銀　行 信用金庫 農　協	支　店 支　所	口座番号	
預金種別	普通・当座	口座名義人(カタカナ)		

上記のとおり申請します。

令和　　年　　月　　日　住　所

世帯主氏名

個人番号

電話番号

山口市長　様

事務処理欄（　　－　　）円 ×（　　）回 ＝（　　）円		納付状況	

番号法による確認	番号確認（本人）	身元確認（本人または代理人）		代理権確認
有・無	□個人カード □通知カード □その他 （　　）	1点	□個人カ　□運免　□パス　□手帳　□在留カ □その他（　　）	□戸籍等 □委任状 □その他 （　　）
		2点	□確認書　□介護　□年金 □その他（　　）	