

受付印

国民健康保険食事療養費負担額減額差額支給申請書

減額対象者	記 号 番 号	門 国 ー			
	氏 名			性別	男 ・ 女
	生 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日生		世帯主との続柄	
	認定交付年月	令和 年 月 日			

食事を受けた 保険医療機関等		病院
-------------------	--	----

振込先 金融機関		銀行	普通	名義(フリガナ)	
		支店	当座	口座番号	

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

門真市長 様

世帯主	住所	門真市
	氏名	
	個人番号	
	電話	

(受付者)

処 理 欄	
-------------	--