

様式第12号の4 (第30条関係)

国民健康保険  
 食事療養  
 生活療養  
 標準負担額減額差額請求書

金 額				万	千	百	十	円
-----	--	--	--	---	---	---	---	---

決定通知番号	第 号			
保険給付費の種類	( 食事療養・生活療養 ) 標準負担額減額差額支給			
被保険者証	記号		番号	
被保険者氏名				
金 額	円			
決定通知番号	第 号			
保険給付費の種類	( 食事療養・生活療養 ) 標準負担額減額差額支給			
被保険者証	記号		番号	
被保険者氏名				
金 額	円			
備 考				

(振込先)

振込先金融機関名	銀行 金庫 農協 組合	本店 支店 出張所
口座名義人 (カタカナ)		
種別及び口座番号	普通 当座 貯蓄	番号
電話番号		

上記金額を請求します。

年 月 日

世帯主 住 所  
氏 名

鹿嶋市長

様