

(表)

後期高齢者医療食事(生活)療養費標準負担額差額支給申請書

療養を受けた者 (被保険者)	保険者番号	3	9	4	1					
	被保険者番号									
	個人番号									
	フリガナ								性別	男・女
	氏名									
	生年月日	明・大・昭 年 月 日								
	住所	〒 - (電話 - -)								
減額の内容 認定証	交付年月日	平成 年 月 日			発効期日	平成 年 月 日				
	適用区分	I・II・長期・一般			長期入院 該当年月日	平成 年 月 日 (90日到達日：平成 年 月 日)				
医療機関 等 入院した	名称 (所在地・医師等名)	別紙のとおり								
	診療年月	平成 年 月診療								
	入院日数等	入院日数	_____日間			食事回数	_____食			
入院時食事(生活) 療養標準負担額		_____円								
減額認定証の交付申請又は 提出ができなかった理由 (該当に○印)		長期入院該当申請日以降で長期入院該当年月日前の入院であったため 急な入院のため、申請の手続きを行う時間がなかった、または手続きを行う者がいなかったため その他(_____)								
添付書類 (該当に○印)		支払った標準負担額を証明する書類 入院日数を確認できる書類 標準システムのレセプト情報を医療機関に確認済のため未添付 その他(_____)								

佐賀県後期高齢者医療広域連合長 様

上記のとおり、関係書類を添えて後期高齢者医療の食事(生活)療養標準負担額差額の支給を申請します。

平成 年 月 日	(記入された方) 申請者	住所	〒 - (電話 - -)
		氏名	Ⓜ 被保険者との関係 (_____)

(注)裏面の口座振込先も忘れずにご記入ください。

[市町記入欄]

市町(支所)名 [_____]	受付日 [H . .]	受付者名 [_____]	郵送
申請者確認方法 (右記____番で確認)	①個人番号カード・後期被保証・写真入り身分証明書の提示 ②被保険者からの委任状持参 ③申請勧奨通知・介護保険被保証等複数の公的書類 ④入所施設等職員で写真入り職員証等の提示 ⑤成年後見人等を示す公正証書等の提示 ⑥住所・氏名・生年月日等を申告してもらい住基等で確認 ⑦その他(_____)		
番号確認方法 (右記____番で確認)	①個人番号カード ②通知カード ③個人番号が記載された住民票の写し等の証明書 ④住民基本台帳システムまたは標準システム等で確認		

