

食事生活療養標準 負担額減額差額 支給

入院された方と組合員との続柄を記入してください。

入院された方の氏名、個人番号、生年月日などを記入ください。

(注)

記号番号	78-	申請種類(9)	食事療養・生活療養
------	-----	---------	-----------

限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を受けている場合は、その内容について記入してください。

対象者氏名	生年月日	S・H 年 月 日	男・女
個人番号			
組合員(後期高齢者組合員)との続柄	適用区分: 70歳未満・低所Ⅱ・低所Ⅰ		
限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を受けている者	発効期日	平成 年 月 日	
	長期該当年月日	平成 年 月 日	

入院されていた医療機関名、所在地を記入してください。

食事・生活療養の差額支給を受けられる入院期間を記入してください。

名称			
所在地			
日数)	平成 年 月 日から	平成 年 月 日まで	
	日間		

入院期間中に医療機関に支払った食事・生活療養の自己負担額を記入してください。

入院期間に受けた食事(生活)療養に支払った額(標準負担額)	円
-------------------------------	---

事前に「食事・生活療養標準負担額減額認定証」の交付を受けられなかった理由について記入してください。

減額認定証の交付申請書	理由

上記のとおり療養に要した費用に証拠書類を添え、「個人情報(含、特定個人情報)の取扱いについて」を確認し同意のうえ、申請します。

平成 年 月 日

組合員の電話番号、住所、氏名、捺印、個人番号を記入ください。

電話	()
住所	
氏名	印
個人番号	

東京食品販売国民健康保険組合 殿

定証。認定証の交付されていない場合は、

振込先口座情報	金融機関名	銀行・信用金庫・信用組合・農協			本店・支店
	銀行コード	支店コード	預金種目	1.普通 2.当座 4.貯蓄	
	フリガナ				口座番号
	名義人				

本処理部欄	支給額	算基内訳欄	円× 回
	支給決定	支払日	

支給額の振込口座情報を記入してください。口座名義は、組合員本人の個人名義の口座に限られます。

入力	確認	認	扱	者

