

※太枠の中をご記入ください

被保険者証記号番号		中津・	個人番号											
減額対象者	氏名				生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日									
一般・退職本・退職扶・高齢者			限度額区分	才・Ⅱ・Ⅰ										
食事(生活)療養を受けた 保険医療機関等	名称	別紙、領収書に記載												
	所在地	別紙、領収書に記載												
入院期間(日数)	長期該当	令和 年 月 日 (90日目)												
	年 月 日 ~ 年 月 日 日間													
入院期間食事(生活)療養回数	食事(生活)療養回数 回													
入院期間に受けた食事(生活)療養に対し支払った額(標準負担額)											円			
請求額											円			
減額適用・標準負担額減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由														
1 長期入院中のため 3 その他()														
2 急な入院のため														
銀行コード ()				店番 ()										
振込先 (世帯主名義)	銀行 信金		支店											
	農協 信組		出張所/代理店											
	口座番号			口座名義 (カタカナ)										
上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請し、請求します。														
令和 年 月 日														
(世帯主)				住所 中津市										
				フリガナ										
				氏名 印										
				個人番号										
				電話										
(申請者)				住所										
世帯主本人の場合は不要				フリガナ										
				氏名 印										
中津市長あて				電話										
同一世帯でない場合は関係を確認()														

備考 入院期間の欄は、差額支給の対象である期間を記載すること。

受付