

# 後期高齢者医療標準負担額支払証明書

**【被保険者記入欄】**

|                  |      |          |  |   |   |   |    |     |
|------------------|------|----------|--|---|---|---|----|-----|
| 被保険者番号           |      |          |  |   |   |   |    |     |
| 被<br>保<br>険<br>者 | フリガナ |          |  |   |   |   |    |     |
|                  | 氏名   |          |  |   |   |   | 性別 | 男・女 |
|                  | 生年月日 | 明治・大正・昭和 |  | 年 | 月 | 日 |    |     |
|                  | 住所   |          |  |   |   |   |    |     |

**【医療機関証明欄】** (平成 年 月 日以降の分を記入してください。)

※食事なしの日がありましたら、その日付及び回数、日数の記入もお願いします。

| 入院時の食費                      |  |  |  |                     |     |             |    |             |  |
|-----------------------------|--|--|--|---------------------|-----|-------------|----|-------------|--|
| 期 間                         |  |  |  | 食 事 回 数 ・ 支 払 金 額   |     |             |    | 食 事 な し の   |  |
| 平成 年 月 日から<br>平成 年 月 日まで    |  |  |  | 260円 ×              | 食 = | 円           | 日付 | 回数          |  |
|                             |  |  |  | 210円 ×              | 食 = | 円           |    |             |  |
|                             |  |  |  | 160円 ×              | 食 = | 円           |    |             |  |
|                             |  |  |  | 円 ×                 | 食 = | 円           |    |             |  |
| 合 計                         |  |  |  | 食 =                 |     |             |    | 円           |  |
| 療養病床に入院したときの食費              |  |  |  |                     |     |             |    |             |  |
| 期 間                         |  |  |  | 食 事 回 数 ・ 支 払 金 額   |     |             |    | 食 事 な し の   |  |
| 平成 年 月 日から<br>平成 年 月 日まで    |  |  |  | 460円 ×              | 食 = | 円           | 日付 | 回数          |  |
|                             |  |  |  | 420円 ×              | 食 = | 円           |    |             |  |
|                             |  |  |  | 210円 ×              | 食 = | 円           |    |             |  |
|                             |  |  |  | 130円 ×              | 食 = | 円           |    |             |  |
| 合 計                         |  |  |  | 食 =                 |     |             |    | 円           |  |
| 療養病床に入院したときの居住費 (1日あたり)     |  |  |  |                     |     |             |    |             |  |
| 期 間                         |  |  |  | 居 住 費 回 数 ・ 支 払 金 額 |     |             |    | 居 住 費 な し の |  |
| 平成 年 月 日から<br>平成 年 月 日まで    |  |  |  | 320円 ×              | 日 = | 円           | 日付 | 日数          |  |
|                             |  |  |  | 円 ×                 | 日 = | 円           |    |             |  |
| 合 計                         |  |  |  | 日 =                 |     |             |    | 円           |  |
| 保 険 医 療 機 関 等 の 名 称 ・ 所 在 地 |  |  |  |                     |     | 証 明 年 月 日   |    |             |  |
| 印                           |  |  |  |                     |     | 平成 年 月 日 証明 |    |             |  |