

受付時 使用欄				
受付日	年 月 日			
決定日	年 月 日			
システム入力者		システム確認者		

保 険 者 番 号	3	9	3	4					受療 け 養 た を	個人番号									
被 保 険 者 番 号										被保険者氏名									
公費負担者番号										生年月日	年 月 日								
公費受給者番号																			

減 額 認 定 証 の 内 容 を 記 載 し て く だ さ い。			
交 付 区 分		適 用 年 月 日	年 月 日
交 付 年 月 日	年 月 日	長 期 該 当 年 月 日	年 月 日

食事（生活）療養を受けた医療機関等	名称		第三者の行為によるものですか	はい・いいえ・不明
	所在地			
入院日数	年 月 日 から 年 月 日 まで			日間 回
入院に際して受けた食事（生活）療養に対し支払った額（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				

[illegible][illegible]

上記のとおり、関係書類を添えて食事（生活）負担額差額の支給を申請します。

年 月 日

広島県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者の住所・氏名等
（〒 ー ）
住所 _____
氏名 _____ 被保険者
との関係 _____
電話番号 _____