

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	被 保 険 者 番 号		保 険 者 番 号	39462254		
	フリガナ					
	氏 名					
	生 年 月 日				性別	
	住 所					

【医療機関証明欄】

入 院 時 の 食 費					
期 間		食事回数・支払金額		食事なし	
令和 年 月分	月 日から	円 × 食 = 円	日付	回数	
	月 日まで	円 × 食 = 円			
令和 年 月分	月 日から	円 × 食 = 円	日付	回数	
	月 日まで	円 × 食 = 円			
令和 年 月分	月 日から	円 × 食 = 円	日付	回数	
	月 日まで	円 × 食 = 円			
令和 年 月分	月 日から	円 × 食 = 円	日付	回数	
	月 日まで	円 × 食 = 円			
令和 年 月分	月 日から	円 × 食 = 円	日付	回数	
	月 日まで	円 × 食 = 円			
令和 年 月分	月 日から	円 × 食 = 円	日付	回数	
	月 日まで	円 × 食 = 円			
令和 年 月分	月 日から	円 × 食 = 円	日付	回数	
	月 日まで	円 × 食 = 円			

保険医療機関等の名称・所在地	証 明 年 月 日
印	令和 年 月 日