

記載日 年 月 日

(保険者名)

様

(申請者：被保険者)

氏 名

住 所

生年月日

所得区分にかかる照会について

私が、大阪市から入院時食事療養費・入院時生活療養費（食事の提供に係るものに限る）の自己負担費用に係る福祉医療助成を受けるにあたり、下記入院期間中に「(限度額適用・)標準負担額減額認定証」の交付対象であることの確認が必要です。

つきましては、下記入院期間に係る「(限度額適用・)標準負担額減額認定証」の交付の有無及び所得区分について、ご回答いただきますようよろしくお願いいたします。

(対象者)

申請者に同じ

申請者以外

氏名 生年月日

入院期間 年 月 日 ~ 年 月 日

回答部分を切り取らないでください
(回答)

記載日 年 月 日

(提出先) 大阪市長

保険者名

所 在

連絡先電話番号

担当者名

上記対象者の入院期間に対する「(限度額適用・)標準負担額減額認定証」の交付の有無及び所得区分を次のとおり回答します。

(該当する部分に○をつけ、療養費として支給した場合は、()内に数字を記載してください。)

●「(限度額適用・)標準負担額減額認定証」の交付 (有 ・ 無)

●所得区分 (オ ・ 区分Ⅱ ・ 区分Ⅰ ・ 左記以外の区分)

※証の交付の有無に関わらず記載してください。

※入院期間内で所得区分が異なる場合は分けて記載をしてください。

●療養費として支給

1食あたりの食事単価(円) × 食事回数(食) = 支給額(円)

記入例

記載日 令和5年1月10日

(保険者名)

全国健康保険協会 ○○支部 給付担当 様

(保険者名)・(申請者:被保険者)・
(対象者)は、申請者が記入して
ください。

(申請者:被保険者)

氏名 大阪 太郎
住所 大阪市北区同心 1-2-3
生年月日 S55. 1. 5

所得区分にかかる照会について

私が、大阪市から入院時食事療養費・入院時生活療養費(食事の提供に係るものに限る)の自己負担費用に係る福祉医療助成を受けるにあたり、下記入院期間中に「(限度額適用・)標準負担額減額認定証」の交付対象であることの確認が必要です。

つきましては、下記入院期間に係る「(限度額適用・)標準負担額減額認定証」の交付の有無及び所得区分について、ご回答いただきますようよろしくお願いいたします。

(対象者)

- 申請者と同じ
申請者以外

氏名 大阪 花子 生年月日 S55. 7. 10
入院期間 R4 年 12 月 1 日 ~ R4 年 12 月 15 日

回答部分を切り取らないでください

(回 答)

記載日 令和5年1月20日

(提出先) 大阪市長

保険者名
所 在
連絡先電話番号
担当者名

保険者名等のゴム印があれば
押印願います。
問い合わせする場合がありますので、担当者様名の記載を
お願いいたします。

上記対象者の入院期間に対する「(限度額適用・)標準負担額減額認定証」の交付の有無及び所得区分を次のとおり回答します。

(該当する部分に○をつけ、療養費として支給した場合は、()内に数字を記載してください。)

●「(限度額適用・)標準負担額減額認定証」の交付 (有 ・ 無)

●所得区分 (Ⅰ ・ Ⅱ ・ Ⅲ ・ Ⅳ ・ Ⅴ ・ Ⅵ ・ Ⅶ ・ Ⅷ ・ Ⅷ以外)

※証の交付の有無に関わらず記載してください。

※入院期間内で所得区分が異なる場合は分けて記載をしてください。

●療養費として支給 (有 ・ 無)

1食あたりの食事単価(円) × 食事回数(食) = 支給額(円)