

後 期 高 齢 者 医 療 食 事 療 養 差 額 支 給 申 請 書

受付日 年 月 日
 決定日 年 月 日

保険者番号	3 9	療 受 養 け を た	被保険者氏名	
被保険者番号				
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

診療を受けた医療機関等の所在地			
診療を受けた医療機関等			
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			

差 額 支 給	イ	(-)	円 ×	()	回 =	()	円	合 計
	ロ	(-)	円 ×	()	回 =	()	円	
	ハ	(-)	円 ×	()	回 =	()	円	
	ニ	(-)	円 ×	()	回 =	()	円	
	ホ	却下（理由：）						

該当するものに○をつけてください。該当するものがない場合は（ ）内に記載してください。網掛けの中は記載不要です。

振 込 先		銀 行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()		本店 支店・支所		預 金 種 別	普 通 当 座 其 他
	口座番号等 <small>左詰で記載して下さい</small>						
口座名義人 (カタカナ)							

口座名義人はカタカナで上段より左詰で記入してください。濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字あけてください。

上記のとおりに関係書類を添えて後期高齢者医療の食事負担額差額の支給を申請します。

年 月 日

長野県後期高齢者医療広域連合長様

申請者

住 所

氏 名

印

連絡先