

後期高齢者医療 食事・生活療養差額支給申請書

受付印

受付日 年 月 日
決定日 年 月 日

市町村処理欄			
受付		入力	

保険者番号		個人番号	
被保険者番号		療養を受けた 被保険者氏名	生年月日 年 月 日
公費負担者番号			
公費受給者番号			

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・生活療養に対し支払った標準負担額	円		
減額認定を受けていることの確認を 医療機関等で受けなかった理由			
発病又は負傷の理由	1：第三者行為（交通事故等） 2：その他（疾病等・自損事故）		

差額支給	イ	()月 区分() (-)円× ()回= ()円	合 計 円
	ロ	()月 区分() (-)円× ()回= ()円	
	ハ	()月 区分() (-)円× ()回= ()円	
	ニ	()月 区分() (-)円× ()回= ()円	
	ホ	()月 区分() (-)円× ()回= ()円	
	へ	却下(理由：)	

該当するものに○を付けてください。該当するものがない場合は()内に記載してください。

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	本店・支店 本所・支所 ()	預金種別	普通座 ()
口座番号				
口座名義人 (カタカナ)				
受取口座	☐ 公金受取口座を利用します。 ※給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「 ☐ 公金受取口座を利用します。」にチェック(✓)してください。 ※公金受取口座を利用する場合は、口座情報（上記太枠部）の記載や通帳の写しの添付等は不要です。			

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字空けてください。

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・生活療養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 宛

申請者 住 所

(被保険者)

氏 名

電話番号