

## 後期高齢者医療 食事・生活 療養差額支給申請書



受付印

市 町 村 処 理 欄		
受 付		入 力

受付日                    年     月     日  
 決定日                   年     月     日

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				
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・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			
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 (    -    ) 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 本所・支所 (    )	預金種別	普通 当座 (    )
-----	--	--	------	--

口座番号	
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づめで記入してください。濁点・半濁点は 字として、姓と名の間は 字あけてください。

上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。

年 月 日

後期高齢者医療広域連合長あて

申請者 (被保険者)	住所
	氏 名 <span style="float: right;">印</span>
	電話番号