

後 期 高 齢 者 医 療 食 事 (生 活) 療 養 差 額 支 給 申 請 書

受付時使用欄			
受付日	年	月	日
決定日	年	月	日
システム入力者		システム確認者	

※は記載しないでください。

保険者番号	3	9	3	4	2	0	4	3	受 療 け 養 た を	個人番号											
被保険者番号										被保険者氏名											
公費負担者番号										生年月日											
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

食事(生活)療養を受けた医療機関等	名称		第三者の行為によるものですか	はい・いいえ・不明
	所在地			
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				

差 額 支 給 ※	イ	()	円	×	()	回	=	()	合 計
	ロ	()	円	×	()	回	=	()	
	ハ	()	円	×	()	回	=	()	
	ニ	()	円	×	()	回	=	()	
	ホ 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 金 組 農	行 庫 合 協	本 店 支 店 ()	預 金 種 別	普 通 当 座 ()
		金融機関コード		支店コード		
※ゆうちょ銀行の場合は「ゆうちょ」と記入してください。						
口座番号(右詰)						
口座名義人(カタカナ)	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、姓と名の間は1マス空けてください。					

上記のとおり、関係書類を添えて食事(生活)負担額差額の支給を申請します。

年 月 日

広島県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者の住所・氏名等
(〒 -)
住所 _____

被保険者
との関係 _____

氏名 _____

電話番号 _____