

# 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							個人番号										
被保険者番号											受 療 け 養 た を	被保険者氏名									
公費負担者番号												生年月日									
公費受給者番号												年 月 日									

①負担区分	②マイナ保険証の利用登録をしていますか（いいえの場合は③へ）	はい・いいえ
③資格確認書の任意記載事項（適用区分）の併記申請状況		申請済・今回食事（生活）療養差額と同時に申請した

マイナ保険証の利用登録がされておらず、資格確認書に任意記載事項（適用区分）の併記申請をしていない場合、食事（生活）療養差額申請時に併記申請が必要です。

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			
差額申請対象入院日数	年 月 日 から 年 月 日 まで			日間 回
入院のうち差額申請対象期間に受けた食事（生活）療養に対し支払った額（標準負担額）				円
利用登録済のマイナ保険証又は適用区分の記載された資格確認書を提示できなかった理由			長期該当適用申請日（長期該当の場合のみ）	
			年 月 日	

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		
※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)						
	記号・番号			※ゆうちょ銀行で口座番号不明のときには必ず記入してください。		
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

---

氏名 被保険者との関係

---

電話番号