

# 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	M	T	S	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	=	( )	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 行	金 庫	組 合	農 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)		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。

令和 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