

後期高齢者医療
食事療養差額支給申請書

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 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			

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療養に対し支払った額(標準負担額)	円
減額認定を受けていることの確認を受けなかった理由	
発病又は負傷の理由	<input type="checkbox"/> : 第三者行為(交通事故等) <input type="checkbox"/> : その他(自損事故・疾病等)

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()内に記入してください。網掛けの中は記入不要です。

振 込 先	銀 行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	本 店・支 店 ()				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詰め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字あけてください。

上記のとおり関係書類を添えて申請します。

年 月 日

愛知県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者 住 所 _____

氏 名 _____

連絡先 _____

被保険者以外が申請する場合及び被保険者以外の口座に振込を希望される場合は以下の欄にも記入してください。

(委任欄)

代 理 人(住所) _____ (氏名) _____

(連絡先) _____ (被保険者との関係) _____

私は上記の者を代理人と定め、次の権限を委任します。(該当するものにレ点を付けてください。)

この申請書における食事負担額差額の申請に関すること。 この申請に基づく食事負担額差額の受領に関すること。

被保険者(住所) _____ (氏名) _____

市区町村確認欄

受		入		確	
付		力		認	

広域連合確認欄

確		訂	
認		正	

添付書類
医療費の領収書

確認書類
減額認定証