

# 記入例

後期高齢者医療  
食事療養差額支給申請書

マイナンバーカードまたは、  
通知カードを確認し記載して  
ください。お手元になければ  
空欄にしてください。

受付日 令和 3年 5月 15日  
決定日 令和 年 月 日

保険者番号		個人番号			
被保険者番号		療養を 受けた者	被保険者 氏名	松戸 太郎	
公費負担者番号			生年月日	昭和 1年 1月 1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		記入しないでください	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	診断書や領収書を基に、医療機関の住所と医 療機関名を記載してください。		交通事故による治療で なければ、「2」、 「疾病等」に○を付け てください。
診療を受けた医療 機関等			
入院日数	年 月 日 から	年 月 日	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 (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 ( )	預金 (普通)
口座番号等 左詰記載して 下さい	1 2 3 4 5 6 7		
口座名義人 (カタカナ)	マ ッ ト ・ ハ ナ コ		

口座名義人は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  
字あけてください。

ゆうちょ銀行をご利用  
の際は、支店名(三桁  
の数字)を記入してく  
ださい。

被保険者名義の口座を  
ご記入ください。被保  
険者以外の口座に振り  
込むときには委任状が  
必要となります。

上記のとおりに関係書類を添えて後期高齢者医療の食事負担額差額の支給を申請します。

令和 3年 5月 15日

(宛先)千葉県後期高齢者医療広域連合長

被保険者の住所、氏名、  
続柄、連絡先をご記入の  
ください。

申請者

住所 松戸市根本387番地の5

氏名 松戸 花子

連絡先 047-366-1111