

後期高齢者医療
食事療養差額支給申請書

受付日 令和 年 月 日
決定日 令和 年 月 日

保険者番号	39122072	個人番号				
被保険者番号		療養を受けた者	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	<input type="checkbox"/> (1)医療機関でオンライン資格確認ができないため <input type="checkbox"/> (2)長期入院該当日前の入院であったため 長期入院日数届出日 令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> (3)その他 ()									
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 信 用 協 ()	行 庫 合 組 ()	本店・支店 ()	預金種別	普通座 ()
口座番号等					
口座名義人 (カタカナ)					
受取口座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。 ※給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「 <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。」にチェック(レ)してください。 ※公金受取口座を利用する場合は、口座情報(上記太枠部)の記載や通帳の写しの添付等は不要です。				

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 年 月 日

(宛先)千葉県後期高齢者医療広域連合長 申請者 住 所 _____

氏 名 _____

連絡先 _____