

# 記入例

## 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			松戸 花子
公費受給者番号			生年月日
		昭和1年 1月 1日	

診療を受けた医療機関等の名称

**記入不要**

入院日数 年 月 日から 年 月 日

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  (1)医療機関でオンライン資格確認ができないため  
 (2)長期入院該当日前の入院であったため  
 確認を受けなかった理由 長期入院日数届出日 令和 8年 1月 2日  
 (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)**

(1)~(3)の中であてはまるものにチェックを付けてください。

差額支給

**記入不要**

イ ( )円 × ( )回 = ( )円  
 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( )中は記載不要です。

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。

振込先 松戸 銀信 信用 金組 行庫 協同 組合 ( )

駅前 本店 ( ) 支店 ( )

預金種別 普通当座 ( )

口座番号等 1 2 3 4 5 6 7

口座名義人 (カタカナ) マツド ハナコ

受取口座  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します。」にチェック(レ)して  
 ※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。

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場合は「委任状」が必要となります。

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 8年 4月 1日 ← 提出日

(宛先) 千葉県後期高齢者医療広域連合長 〒270-0000  
申請者 住 所 松戸市根本387-5 ユーポ松戸市役所999号

被保険者名・住所をご記入ください。(代筆可)

氏 名 松戸 花子

連絡先 047-366-1111