

後 期 高 齢 者 医 療
食 事 (生 活) 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		療養を受けた	被保険者氏名
公費負担者番号			
公費受給者番号			
		生年月日	年 月 日

資格確認書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

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(生活)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	1: 第三者行為(交通事故等) 2: 単独事故(運転・同乗) 3: その他(疾病等)

差額支給	イ (ー) 円 × () 回 = () 円	合 計
	ロ (ー) 円 × () 回 = () 円	
	ハ (ー) 円 × () 回 = () 円	
	ニ (ー) 円 × () 回 = () 円	
	ホ 却下 (理由:)	
		円

下記の①または②のいずれかを記入してください。 ※①②両方に記入がある場合は、①の口座を振込先口座として登録します。

①口座情報 (公金受取口座を利用される場合は、①口座情報の欄への記入は不要)

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 ()
	口座番号等	※口座番号は左詰めで記入してください。		
	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。				
②公金受取口座利用 公金受取口座を利用される場合は□にチェック(✓)をしてください。				
☐ 公金受取口座を利用します。(被保険者本人の口座のみ利用可能)				
※公金受取口座利用には、「マイナポータル等」による被保険者本人の公金受取口座の事前登録が必要です。				

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(生活)療養負担額差額の支給を申請します。

高知県後期高齢者医療広域連合長 様 年 月 日

〒

申 請 者 住 所

氏 名

連 絡 先