

後 期 高 齢 者 医 療 食 事 (生 活) 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		個人番号	
被保険者番号		療 養 を 受 け た	被保険者氏名
公費負担番号			生年月日
公費受給者番号			年 月 日

減額認定証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 (-) 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 種 別	普 通 当 座 ()
口座番号等 左詰記載して下さい				
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づ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。

令和 年 月 日

高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 _____