

## 後期高齢者医療 食事療養等差額支給申請書

受付日 年 月 日  
決定日 年 月 日

		療養を受けた	個人番号											
保険者番号				被保険者氏名										
被保険者番号				生年月日	年	月	日							
公費負担者番号														
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等に対し支払った額（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：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○を付けてください。該当するものがない場合は( )内に記入してください。網掛けの中は記入不要です。

振込先		銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ( )		本店 本所 支店 ( )	預金種別	普通当座 ( )
	口座番号 左詰めで記入					
口座名義人 (カタカナ)						

ゆうちょ銀行の場合は振込先の支店名記入欄に振込用の店番(3桁)を記入してください。  
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字空けてください。

北海道後期高齢者医療広域連合長 宛

上記のとおり、関係書類を添えて食事療養等差額の支給を申請します。

年 月 日

申請者 住所 (〒 - )

\_\_\_\_\_

氏 名

\_\_\_\_\_

電話番号

\_\_\_\_\_