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

保険者番号	
被保険者番号	
公費負担者番号	
公費受給者番号	

療養を受けた		
	個人番号	
	被保険者氏名	
	生年月日	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		合　計
	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