

後期高齢者医療 食事療養等差額 支給申請書

保険者番号	39012281	個人番号	
被保険者番号		被保険者氏名	
診療年月	年 月	生年月日	年 月 日
支給対象入院日数		日	
支給対象入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
差額	円		

私は、食事療養等差額の支給を申請します。

また、この申請に関して、北海道後期高齢者医療広域連合が必要に応じ、医療機関等に対して照会することについて同意します。

① 申請日	年 月 日																																				
② 申請者氏名 (該当に✓)	<input type="checkbox"/> 被保険者本人 <input type="checkbox"/> 相続人代表者 ()																																				
③ 申請者住所 (該当に✓)	(被保険者本人の場合) (相続人代表者の場合) <input type="checkbox"/> 住民票住所と同じ <input type="checkbox"/> 申立書住所と同じ																																				
④ 電話番号	— —																																				
※申請書に不備があった場合に連絡します。日中に繋がる番号を記入してください。																																					
⑤ 口座情報	⑤-1 口座名義人 (カタカナ)	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 2.5%;">A</td><td style="width: 2.5%;">B</td><td style="width: 2.5%;">C</td><td style="width: 2.5%;">D</td><td style="width: 2.5%;">E</td><td style="width: 2.5%;">F</td><td style="width: 2.5%;">G</td><td style="width: 2.5%;">H</td><td style="width: 2.5%;">I</td><td style="width: 2.5%;">J</td><td style="width: 2.5%;">K</td><td style="width: 2.5%;">L</td><td style="width: 2.5%;">M</td><td style="width: 2.5%;">N</td><td style="width: 2.5%;">O</td><td style="width: 2.5%;">P</td><td style="width: 2.5%;">Q</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q																	
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q																				
⑤-2 金融機関名	銀行・信金 信組・農協 漁協・労金	⑤-3 店舗名	本店 支店 ()																																		
⑤-4 口座種別	普通 · ()	⑤-5 口座番号	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 2.5%;">A</td><td style="width: 2.5%;">B</td><td style="width: 2.5%;">C</td><td style="width: 2.5%;">D</td><td style="width: 2.5%;">E</td><td style="width: 2.5%;">F</td><td style="width: 2.5%;">G</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	A	B	C	D	E	F	G																											
A	B	C	D	E	F	G																															
※「0」を省略せず、左詰めで記入																																					

【受領委任欄】 受領の権限を委任する場合に使用

⑥ 委任者氏名	印		
⑦ 受任者氏名			
⑧ 受任者生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日		
⑨ 受任者住所	(〒 —)		
⑩ 受任者電話番号	— —		

市区町村使用欄 ※該当ある場合は✓すること <input type="checkbox"/> 申立書受領済 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書等確認済	(備考)	市区町村受付印
---	------	---------