

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	療 養 を 受 け た	個人番号										
決定日	年	月	日		被 保 険 者 氏 名										
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											生年月日	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療養等に対し支払った額（標準負担額）			円
減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由			
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 印

電話番号
