

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
