

後期高齢者医療 食事療養費差額支給申請書

受付印

受付日 令和 年 月 日

保険者番号	39232111	個人番号	
被保険者番号		被保険者氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ

医療機関	所在地	<input type="checkbox"/> 別添のとおり <input type="checkbox"/> ()	長期該当年月日	年 月 日
	名称	<input type="checkbox"/> 別添のとおり <input type="checkbox"/> ()	適用区分	Ⅱ・Ⅰ
入院期間及び日数	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで		日間	回
診療年月	令和 年 月	給付区分	入院 9割	
減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由	<input type="checkbox"/> 入院中で届出を行うことが困難であったため		食事回数	回
	<input type="checkbox"/> 高齢により届出を正確に履行することが困難であったため		食事金額	円
<input type="checkbox"/> 途中で長期該当となったため ()				
差額前 食事標準負担額	円	差額後 食事標準負担額	円	

() 円 × () 回 = () 円	申請金額	
-----------------------	------	--

該当するものに○をつけてください。該当するものがない場合は()内に記載してください。網掛けの中は記載不要です。

振込先	銀行 信用金庫 農業協同組合 ()	本店・支店 ()	預金種別	普通 当座
	口座番号 <small>右詰で記入ください</small>	●被保険者本人名義の口座をお願いします。 ●被保険者本人名義の口座でない場合は、委任欄に記入してください。		
口座名義人 (カタカナ)				

口座名義人はカタカナで左詰めにて記入してください。濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字あけてください。

上記のとおりに関係書類を添えて後期高齢者医療の食事負担額差額の支給を申請します。
令和 年 月 日

愛知県後期高齢者医療広域連合長 様

〒

申請者 住所 豊田市
(被保険者)

氏名 ④ 連絡先 ()

被保険者の口座以外の口座に振込みを希望される場合は、以下の欄にも記入・押印をしてください。

(委任欄)

代理人 (住所) 豊田市
(口座名義人)
(氏名) ④

(連絡先) (被保険者との関係)

被保険者である私は上記の者を代理人と定め、次の権限を委任します。
この申請に基づく食事療養費差額の受領に関すること。
被保険者 (氏名) ④

市区町村確認欄

広域連合確認欄

受付者	入力者	確認者	確認	訂正
-----	-----	-----	----	----

添付書類 医療費の領収書
確認書類 減額認定証
※領収書は「療養費申請済」押印後、コピーを添付

捨
印