

【記入例】

後期高齢者医療

食事療養費差額支給申請書

受付印

年 月 日

保険者番号	39232111	個人番号	XXXXXXXXXXXX
被保険者番号	01234567(8桁)	被保険者氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ

この欄は記入不要です。

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	1	2	3	4	5	6	7	●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)	ト	ヨ	タ		シ		ロ	ウ

口座名義人はカタカナで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

〒 471 - 8501

申請者 住所 豊田市 西町3-60
(被保険者)

氏名 豊田 花子 (印) 連絡先 (0565) 34 - 6959

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・押印をお願いします。

(委任) 申請者と口座名義人が違う場合は、記入・押印してください。

代理人 (住所) 豊田市 西町3-60

(口座名義人)
(氏名) 豊田 二郎 (印)

(連絡先) 0565 - 34 - 6959 (被保険者との関係) 子

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) 豊田 花子 (印)

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