

後期高齢者医療 食事療養差額支給申請書

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
	<input type="checkbox"/> 被保険者本人名義の口座をお願いします。 <input type="checkbox"/> 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。			
口座番号	右詰で記入ください			
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 連絡先 ()

被保険者以外の口座に振込を希望される場合は、以下の欄にも記入・押印してください。

(委任欄)

代理人 (住所) 豊田市
(口座名義人)
(氏名)

(連絡先) (被保険者との関係)

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負担額差額の受領に関すること。

被保険者 (氏名) 印

※自署の場合は押印不要

市区町村確認欄			広域連合確認欄			添付書類 医療費の領収書
受	入	確	確	訂		確認書類 減額認定証
付	力	認	認	正		※領収書は「療養費申請済」押印後、コピーを添付