受付印

後期高齢者医療　食事療養差額支給申請書

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	□申請者と同じ

医療機関	所在地	□ 別添のとおり　□（　　）	長期該当年月日	年　月　日	
	名　称	□ 別添のとおり　□（　　）	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		
減額認定の申請又は提出ができなかった理由	□ 入院中で届出を行うことが困難であったため □ 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 □ 月途中で長期該当となったため（　　）		食事回数	回	
			食事金額	円	
差額前 食事標準負担額	円	差額後 食事標準負担額	円		

①（　　―　　）円 × （　　）回 ＝（　　）円 ②（　　―　　）円 × （　　）回 ＝（　　）円 ③ 却下（理由：　　）	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 右詰で記入ください		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。		
口座名義人（カタカナ）				

□公金受取口座を利用します。（公金受取口座の利用は被保険者本人のみとなります。）⇒上の個人番号も記入してください。
※給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「□公金受取口座を利用します。」にチェック（✓）してください。
※公金受取口座を利用する場合は、口座情報の記載や通帳の写しの添付等は不要です。

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）　　㊞
※自署の場合は押印不要

市区町村確認欄

受付		入力		確認	

広域連合確認欄

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