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	1111 2222 3333
被保険者番号	01234567(8桁)	被保険者氏名	☑申請者と同じ

記入例①　被保険者本人の口座に振り込むとき

こちらの欄は、記入不要です。

該当する

振込先	○○○	銀行 ○信用金庫 農業協同組合 ( )	△△				本店・○支店 ( )	預金種	○普通 当座	
口座番号 右詰で記入ください	1	2	3	4	5	6	7	口座名義人として		
口座名義人（カタカナ）	ト	ヨ	タ	゛		タ	ロ	ウ		

□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
※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
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。

- 口座番号は７桁です。（右詰め記入し、マスが空欄となった場合「０」を記入）
- 口座名義人は、カタカナで左詰めで記入。
- 名前の濁点は、１マス使用してください。
- 氏と名の間は、１マス開けてください。

申請者は、被保険者本人です。
住所・氏名・連絡先を必ず記入してください。

令和　●●　年　■■　月　▲▲日

〒 471 － 8501

申請者　住所　豊田市 西町3－60
(被保険者)

氏名　豊田 太郎　　連絡先　(0565) 34 － 6959

被保

こちらの欄は、記入しません。

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