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　公金受取口座を利用するとき

こちらの欄は、記入不要です。

①（
②（
③ 却下（
該当するもの

振込先	
口座番号	
口座名義（カタカナ）	

☑公金受取
※給付金等
してくだ
※公金受取口座

※マイナンバーカードを作成していない人、又はマイナンバーカードを作成していても公金受取口座の登録していない人は、本申請で公金受取口座を利用することはできません。

※公金受取口座を利用しない、又は被保険者以外の口座に振込を希望する人は、【記入例①・③】を参照してください。

上記のとおりに関係書類を添えて申請します。

愛知県後期高齢者医療広域連合長　様

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。

〒 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

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