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③　被保険者以外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**	**゛**		**ハ**	**ナ**	**コ**		

□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 **西町3－60**

（口座名義人）

（氏名）　**豊田　花子**

（連絡先）　**0565** － **34** － **6959**　　（被保険者との関係）　**妻**

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）　**豊田　太郎**　　豊田
※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