

後期高齢者医療 食 事 療 養 標準負担額差額支給申請書

保険者番号	3	9	2	1	2	0	4	8	個人番号										
被保険者番号									療養を受けた	被保険者氏名									
公費負担者番号										生年月日		年 月 日							
公費受給者番号																			
減額認定証の内容を記載してください。																			
交付区分									適用年月日		令和 年 月 日								
交付年月日	令和 年 月 日								長期該当年月日		令和 年 月 日								
診療を受けた医療機関等	名 称																		
	所在地																		
入院日数	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間 回																		
入院に際して受けた食事療養生活療養											に対して支払った額（標準負担額）				円				
減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由																			
発病又は負傷の理由	1：第三者行為（交通事故等） 2：その他（疾病等・自損事故）																		
疾病又は負傷が第三者の行為によるものであるときはその者の住所及び氏名	住 所																		
	氏 名																		
受取口座	☐ 被保険者の公金受取口座を利用します。 ※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、上記の「 ☐ 被保険者の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、口座情報の記載は不要です。																		
口座振込先	金融機関名												口座種別						
	銀 行・信用金庫												本 店						
	農 協・信用組合												支 店						
	口座番号 ※7桁右詰						フリガナ												
						口座名義人													
上記のとおり関係書類を添えて後期高齢者医療の食事療養生活療養標準負担額差額の支給を申請します。 令和 年 月 日 （あて先）岐阜県後期高齢者医療広域連合長 申請者 郵便番号 住 所 氏 名 電 話 （ ） -																			

被保険者以外が申請する場合は以下の欄にも記入をしてください。																			
委任欄	（あて先）岐阜県後期高齢者医療広域連合長 私はこの食事・生活療養差額支給申請を下記の者に委任します。 委任する人（被保険者） 住所 氏名 委任を受ける人 住所 氏名 委任する人（被保険者）との関係																		
	以下の欄は記入不要です。																		
	差額支給	イ	（	－	）	円	×	（	）	回	=	（	）	円	合 計	円			
		ロ	（	－	）	円	×	（	）	回	=	（	）	円					
ハ		（	－	）	円	×	（	）	回	=	（	）	円						
ニ		（	－	）	円	×	（	）	回	=	（	）	円						
ホ		（	－	）	円	×	（	）	回+（	）	円×（	）	日	=			（	）	円
ヘ		（	－	）	円	×	（	）	回+（	）	円×（	）	日	=			（	）	円
ト		却下（理由： ）																	

	受付	入力	確認	福祉医療	
市町村				有	無
広域					
番号	身元				
個	免 障 保 介 診				
通	他（ ）				
無	照会同意 拒否				
届出者（ ） 確認者					
広域連合受付印					
市町村受付印					