

後期高齢者医療食事（生活）療養差額支給申請書

保険者番号	3	9	1	6	被保険者番号	0							
被保険者氏名							性別	男 ・ 女					
生年月日	年			月		日		個人番号					

限度額適用・標準負担額減額認定証の内容							
適用区分	低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ		発効期日	年	月	日	
交付年月日	年	月	日	長期該当年月日	年	月	日

診療を受けた医療機関等の名称及び所在地	名称													
	所在地													
認定証の交付申請または提出ができなかった理由														
入院期間	年		月		日		～	年		月		日		日間

食事回数	回
実際の負担額 (標準負担額)	円
減額後の負担額	円
支給金額	円

差額計算欄				
イ	(-)	円×	回=	円
ロ	(-)	円×	回=	円
ハ	(-)	円×	回=	円
ニ	(-)	円×	回=	円
合計				円

振込先金融機関	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()				本店 支店 出張所
	金融機関コード				店舗コード
預金種目	普通 ・ 当座 ・ 貯蓄				<ul style="list-style-type: none"> 口座番号は7桁です。7桁未満の場合は先頭を0で埋めてください。 口座名義人はカタカナで左詰めで記入し、姓と名の間は1字空けてください。
口座番号					
口座名義人 (カタカナ)					

富山県後期高齢者医療広域連合長 様		
上記のとおり、療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。 なお、振込先口座が私の名義でない場合は、口座名義人に受領の権限を委任します。		
年	月	日
〒		
申請者	住所	_____
氏名		_____ (印)
電話番号	()	_____

市町村確認欄	<input type="checkbox"/> 届出人を確認済み
--------	-----------------------------------