

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	2	0	2	9	被保険者番号	0	1	7	1	2	3	4	5
被保険者氏名	広 域 次 郎										性別	男	・	女			
生年月日	昭和 9 年 2 月 22 日				個人番号	〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇											

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	平成 27 年 10 月 1 日
交付年月日	平成 28 年 2 月 22 日	長期該当年月日	平成 28 年 3 月 1 日		

診療を受けた医療機関等の名称及び所在地	名称	〇〇病院
	所在地	富山市婦中町速星〇〇番地
認定証の交付申請または提出ができなかった理由	長期入院中のため申請ができなかった。	
入院期間	平成 28 年 1 月 1 日 ~ 平成 28 年 1 月 31 日	31 日間

食事回数	93回
実際の負担額 (標準負担額)	19,530円
減額後の負担額	市町村で記入 円
支給金額	市町村で記入 円

差額計算欄	
イ (210-160) 円 × 93回 =	4,650 円
ロ () 円 × 回 =	円
ハ () 円 × 回 =	円
ニ () 円 × 回 =	円
合計	円

振込先金融機関	北 陸	銀行	信用金庫	速 星	本店		
		信用組合	協同組合		支店		
	金融機関コード			店舗コード	出張所		
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	0	4	5	3	2	1	0
口座名義人 (カタカナ)	コ ウ イ キ ジ ロ ウ						

富山県後期高齢者医療広域連合長 様	領収証
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。	
平成 28 年 2 月 22 日	〒939-2798
申請者 住 所	富山市婦中町速星754番地
氏 名	広 域 次 郎 (印)
電話番号	076 (465) 7504

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