

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			2 2 日		個人番号	1 2 3 4		5 6 7 8		9 0 1 2		

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	市町村で記入	
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	市町村で記入 回	差額計算欄	
実際の負担額 (標準負担額)	市町村で記入 円	イ (—) 円 × 回 = 円	
減額後の負担額	市町村で記入 円	ロ (—) 円 × 回 = 円	
支 給 金 額	市町村で記入 円	ハ (—) 円 × 回 = 円	
		ニ (—) 円 × 回 = 円	
		合 計	円

振 込 先 金融機関	北 陸		銀行 信用組合 ()	信用金庫 協同組合	速 星		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				・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。		
令和 2 年 2 月 2 2 日		〒933-8601
申請者欄は「被保険者ご本人」のお名前でご記入ください。	申請者 住 所	富山県高岡市広小路7番50号
	氏 名	広 域 次 郎 広域印
	電話番号	0766 (20) 1481

市町村確認欄	☐ 届出人を確認済み
--------	-----------------------------------