

後期高齢者医療  
生活療養差額支給申請書

受付日 平成 年 月 日  
決定日 平成 年 月 日

提出者等	<input type="checkbox"/> 本人	氏名	電話番号
	<input type="checkbox"/> 代理人 ( )	住所	

保険者番号	個人番号
被保険者番号	被保険者氏名
公費負担番号	生年月日
公費受給者番号	年 月 日

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	平成 年 月 日
交付年月日	長期該当年月日	平成 年 月 日

診療を受けた医療機関等の所在地	
診療を受けた医療機関等	
入院日数	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで 日間 回
入院に際して受けた食事(生活)療養に対し支払った額 (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	

差額支給	イ ( - ) 円 × ( ) 回 + 320円 × ( ) 日 = ( ) 円	合計
	ロ ( - ) 円 × ( ) 回 + 320円 × ( ) 日 = ( ) 円	
	ハ ( - ) 円 × ( ) 回 + 320円 × ( ) 日 = ( ) 円	
	ニ ( - ) 円 × ( ) 回 + 320円 × ( ) 日 = ( ) 円	
	ホ 却下 (理由: )	

振込先	銀行	本店	普通	口座番号	
	信用金庫	支店		当座	(フリガナ)
	信用組合	出張所		( )	口座名義人
	協同組合				

上記のとおりに関係書類を添えて後期高齢者医療の食事(居住費)負担額差額の支給を申請します。

平成 年 月 日 申請者 住所 \_\_\_\_\_

福島県後期高齢者医療広域連合長 氏名 \_\_\_\_\_ ⑩

電話番号 ( ) \_\_\_\_\_

受領委任欄	平成 年 月 日 委任者 住所 _____
	氏名 _____ ⑩
	私(申請者)は本申請に基づく給付金に関する受領を下記受任者に委任します。
	受任者 住所 _____
	氏名 _____

受付欄	個人番号の確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード・通知カード <input type="checkbox"/> その他 ( )
	個人番号の本人確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	個人番号の代理権確認	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> その他 ( )