

受付日 年 月 日
決定日 年 月 日

提出者等	<input checked="" type="checkbox"/> 本人	氏名	広域 太郎 <small>(署名又は記名押印)</small>	電話番号	0248-528-△△△△
	<input type="checkbox"/> 代理人 ()	住所	福島県福島市中町8番2号		

保険者番号	個人番号	0 0 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
被保険者番号	被保険者氏名	広域 太郎
公費負担番号	生年月日	大正〇〇年〇〇月〇〇日
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	区分Ⅱ	適用年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日
交付年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日	長期該当年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日

診療を受けた医療機関等の所在地	福島県福島市〇〇町〇〇番〇〇号
診療を受けた医療機関等	広域クリニック
入院日数	平成〇〇年〇〇月〇〇日 から 平成〇〇年〇〇月〇〇日 まで 〇〇日間 〇〇回

入院に際して受けた食事療養に対し支払った額(標準負担額) 15,600 円

減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由

一人世帯で、緊急の入院だったため。

差額支給	イ (〇〇〇 - 〇〇〇) 円 × (〇〇) 回 = (〇〇〇〇) 円	合計
	ロ (-) = () 円	
	ハ (-) = () 円	
	ニ (-) = () 円	
	ホ 却下(理由:)	

銀行・支店コードは必ず記入してください。

振込先	銀行	本店	普通	口座番号	1 2 3 4 5 6 7
	信用金庫	支店	当座	(フリガナ)	コウイキ タロウ
	信用組合	出張所	()	口座名義人	広域 太郎
	協同組合	1 1 1 1 2 2 2			

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負担額差額の支給を申請します。

〒960-8043

平成〇〇年〇〇月〇〇日 申請者 住所 福島県福島市中町8番2号

福島県後期高齢者医療広域連合長

氏名 広域 太郎 (印)

電話番号 (0248) 528 - △△△△

受領委任欄	平成〇〇年〇〇月〇〇日 委任者 住所	(印)	
	氏名		
	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。		
	申請者以外の口座を指定する場合は、必ず記入してください。	受任者 住所	(印)
		氏名	

受付欄	個人番号の確認	<input checked="" 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 checked="" 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 ()