

後期高齢者医療
生活療養差額支給申請書

記入例

受付日 年 月 日
決定日 年 月 日

届出者	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 世帯主	氏名	広域 太郎 (署名又は記名押印)	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	1 2 3 4 5 6 7 8	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(生活)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 (-) 円 × () 回 + 320円 × () 日 = () 円	合 計
	ロ (-) 円 × () 回 + 320円 × () 日 = () 円	
	ハ (-) 円 × () 日 = () 円	
	ニ (-) 円 × () 日 = () 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	貯蓄	口座名義人	広域 太郎
	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。

〒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

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

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

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 ()
	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 ()
	代理権の確認	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> その他 ()