

後期高齢者医療
食事療養差額支給申請書

受付日 令和 年 月 日
決定日 令和 年 月 日

保険者番号									療 受 け た を	被保険者氏名	
被保険者番号											
公費負担者番号										生年月日	明・大・昭 年 月 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		適 用 年 月 日	年 月 日
交 付 年 月 日	年 月 日	長期該当年月日	年 月 日

療養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	年 月 日 から 年 月 日 まで 日間 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）	円
減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由	
1. 寝たきり、独居老人、施設入所等のため。 2. 月の途中で長期入院該当になったため。 3. 急な入院のため。	

差 額 支 給	イ (-) 円 × () 回 = () 円	合 計
	ロ (-) 円 × () 回 = () 円	
	ハ (-) 円 × () 回 = () 円	
	ニ (-) 円 × () 回 = () 円	
	ホ 却下 (理由:)	

該当するものに○をつけてください。該当するものがない場合は () 内に記載してください。網掛けの中は記載不要です。

振 込 先	銀 行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	本店 ・ 支店 ()						預 金 種 別	普 通 当 座 ()
口座番号等 左詰記載してください									
口座名義人 (カタカナ)									

口座名義人はカタカナで上段より左づめで記入してください。濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字あけてください。

上記のとおり証拠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。

令和 年 月 日
大分県後期高齢者医療広域連合長様

申請者 住 所 _____
氏 名 _____ 印 _____ 連絡先 _____

委 任 状	令和 年 月 日 上記食事療養費の受領に関する一切の権限を _____ に委任します。
	委任者 住 所 _____ 氏 名 _____ 印 _____

