

## 後期高齢者医療 食事・生活療養差額支給申請書

受付日 年 月 日  
 決定日 年 月 日

保険者番号	3 9 1 1 2 2 4 8	療 養 を 受 け た	被保険者 氏名	
被保険者番号			生年月日	年 月 日
公費負担者番号				
公費受給者番号				

診療を受けた医療 機関等の所在地			
診療を受けた医療 機関等の名称			
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・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			
発病又は負傷の理由 1: 第三者行為(交通事故等)    2: 自損事故    3: 疾病等			

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( )内に記入して下さい。網掛け部分は記載不要です。

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 左詰記載して下さい				
口座名義人 (カタカナ)					

公金受取口座を利用します。  
 ※ 給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「」にチェック(✓)してください。

口座名義人はカタカナで上段より左詰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。

埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて  
 上記のとおり関係書類を添えて申請します。

令和 年 月 日  
 〒 -

申請者 住 所 \_\_\_\_\_  
 氏 名 \_\_\_\_\_  
 電話番号 \_\_\_\_\_