

後 期 高 齢 者 医 療
食 事 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		療 受 養 了	被 保 険 者 氏 名	
被 保 険 者 番 号				
公 費 負 担 者 番 号			生 年 月 日	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

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	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	

差 額 支 給	イ (-) 円 × () 回 = () 円	合 計 円
	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	本 店 ・ 支 店 ()	預 金 種 別	普 通 当 座 ()
	信 用 金 庫			
	信 用 組 合			
	協 同 組 合 ()			
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。

年 月 日

島根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 _____