

後 期 高 齢 者 医 療  
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		療 受 養 け を 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				

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	

差 額 支 給	食 事 費		合 計	円
	イ ( - ) 円 × ( ) 回 = ( ) 円			
	ロ ( - ) 円 × ( ) 回 = ( ) 円			
	ハ ( - ) 円 × ( ) 回 = ( ) 円			
ニ ( - ) 円 × ( ) 回 = ( ) 円				
居 住 費				
ホ 320 円 × ( ) 日 = ( ) 円				
へ 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生活療養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 \_\_\_\_\_