

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	3 9 2 3 2 0 4 6	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 9 8
被保険者番号	0 9 8 7 6 5 4 3	被保険者氏名	□申請者と同じ
公費負担者番号	(福祉医療) 有・無		
公費受給者番号			

減額認定証の内容を記入してください。

交付区分	Ⅱ・Ⅰ	適用年月日	年 月 日
交付年月日	年 月 日	長期該当年月日	□有 (年 月 日) □無

診療を受けた内容をご記入ください。

医療機関	所在地	<input checked="" type="checkbox"/> 別添のとおり □()			
	名称	<input checked="" type="checkbox"/> 別添のとおり □()			
入院期間	○○年○○月○○日 から ○○年○○月○○日 まで	入院日数	○○日間	食事回数	○○回
入院に際して受けた食事療養に対し支払った金額(標準負担額)【領収書の金額】			○,○○○円		
減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由			<input type="checkbox"/> 入院中で届出を行うことが困難であったため <input type="checkbox"/> 高齢により届出を正確に履行することが困難であったため <input type="checkbox"/> 月途中で長期該当となったため		

差額支給	イ (460円-210円)【250円】×(○○)回=(○○○)円	Ⅱの場合(入院90日まで)	合計 (イ+ロ+ハ+ニ+ホ) 円
	ロ (210円-160円)【50円】×()回=()円	Ⅱの場合(入院91日以上)	
	ハ (460円-160円)【300円】×()回=()円	Ⅱの場合(入院91日以上)	
	ニ (460円-100円)【360円】×()回=()円	Ⅰの場合	
	ホ (円- 円)【 円】×()回=()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()内に記入してください。網掛けの中は記入不要です。口座名義人はカタカナで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。

振込先	銀行 信用金庫 協同組合 ()	本店・支店・出張所 追分 ()	預金種別 普通 当座 ()
口座番号 左詰記入してください	0 9 8 7 6 5 4	●本人名義の口座をご記入ください。 ●本人名義の口座でない場合は、委任欄にご記入ください。	
口座名義人 (カタカナ)	セ ト ト ウ ト		

- 公金受取口座を利用します。(公金受取口座の利用は被保険者本人のみとなります。)
 ※ 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、「□ 公金受取口座を利用します。」にチェック(✓)してください。
 ※ 公金受取口座を利用する場合は、口座情報(上記太枠部)の記載や通帳の写しの添付等は不要です。

(あて先) 愛知県後期高齢者医療広域連合長
 上記のとおり関係書類を添えて申請します。
 年 月 日
 申請者 □代理人と同じ
 住所 (〒 -) 瀬戸市追分町123番地の45
 氏名 瀬戸 陶土 連絡先 (0561) 12 - 3456

被保険者以外が申請する場合及び被保険者以外の口座に振込を希望される場合は以下の欄にも記入をしてください。

【委任欄】
 代理人(住所) _____
 連絡先 () - _____
 私は上記の者を代理人と定め、次の権限を委任します。(該当するにチェック)
 この申請書における食事負担額差額の申請に関すること。 この申請に基づく食事負担額差額の受領に関すること。
 被保険者(住所) _____ (氏名) _____

振込先が申請者本人名義以外の口座の場合は、記入してください。

市区町村確認欄			広域連合確認欄			添付書類		
受	入	確	確	訂	医療費の領収書	確	認	認
付	力	認	認	正	限度額適用減額認定証	書	書	証