

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

個人番号 (マイナンバー)							
療養を受けた被保険者	氏名						
	生年月日	明・大・昭	年	月	日		

保険者番号	3	9	3	3	2	0	3	6
被保険者番号								
公費負担者番号								
公費受給者番号								

減額認定証の情報を記載してください。

適用区分		発効期日	年	月	日		
交付年月日	年	月	日	長期入院該当年月日(91日目)	年	月	日

入院した医療機関等	所在地									
	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または提出ができなかった理由										
発病または負傷の理由		1: 第三者行為(交通事故等)			2: その他(自損事故・疾病等)					

差額支給	イ	(—)	円	×	()	=	()	円	合計
	ロ	(—)	円	×	()	=	()	円	
	ハ	(—)	円	×	()	=	()	円	
	ニ	(—)	円	×	()	=	()	円	
	ホ	却下(理由:)													

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合			本店 支店 出張所			預金種別	普通座貯蓄
	()			()				
	金融機関コード			支店コード				()
	口座番号(右づめ)							
	口座名義人(カタカナ)(左上づめ)							

※ ゆうちょ銀行の場合は、振込用の「店名(漢数字3桁)・預金種目・口座番号(数字7桁)」(通帳見開き下部)を記入してください。
 ※ 口座名義人は、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、関係書類を添えて食事負担額差額の支給を申請します。

岡山県後期高齢者医療広域連合長 様 年 月 日

申請者(被保険者) 住所 _____

氏名 _____ (印) ※口座名義人と申請者が異なる場合のみ押印

電話番号 _____

↓ 口座名義人と申請者が異なる場合は、記入・押印してください。 ↓

受領委任状	上記、食事負担額差額受領に関する権限を、下記受領代理者に委任します。	
	年 月 日	
	委任者(申請者)	氏名 _____ (印)
	受領代理者	住所 _____
氏名 _____ (印)		

