

消えるボールペン、消えやすいインキや鉛筆では、
記入しないでください。

記入例

個人番号、金融機関コード、支店コードが不明の場合は、記入不要です。

後期高齢者医療		食事療養差額支給申請書	
受付日	年 月 日	個人番号 (マイナンバー)	
決定日	年 月 日	療養を受けた被保険者	氏名 後期 次郎
保険者番号	3 9 3 3 2 0 3 6	生年月日	明・大・昭 ×× 年 ×× 月 ×× 日
被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7		
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	区分Ⅱ	発効期日	令和××年××月××日
交付年月日	令和××年××月××日	長期入院該当年月日(91日目)	令和××年××月××日
入院した医療機関等	所在地 〇〇市〇〇××番地×× 名称 〇〇〇〇病院		
入院日数	令和××年××月××日から令和××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)	460 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	救急で入院し、手続する人がいなかったため など		
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)		
添付する医療機関の領収書、内訳書を参照して記入してください。	円 = () 円	合計	
給	円 = () 円		
ホ	円 = () 円		
却	回 = () 円		
下(理由:)			
振込先	広域 銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	岡山	本店 支店 出張所
金融機関コード		支店コード	預金種別 普通 当座 貯蓄
口座番号(右づめ)	0 1 2 3 4 5 6		
口座名義人(カタカナ)(左上づめ)	コウキ シロウ		
「姓」と「名」は、1マス空けてください。	口座番号(数 てください。	ゆうちょ銀行の場合は、 通帳の見開き下部の 「店名(3桁)、口座番号(7桁)」 を記入してください。	
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 令和 ×× 年 ×× 月 ×× 日			
申請者(被保険者)	住所 岡山県岡山市北区●町×番×号		
	氏名 後期 次郎		※口座名義人と申請者が異なる場合のみ押印
	電話番号 086 - 000 - 0000		
受領委任状	この受領委任状は、 口座名義人と申請者が異なる場合のみ 記入・押印してください。	月 日	市町村受付印
受領代理人	住所		
	氏名		