

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

提出者等	<input type="checkbox"/> 本人	氏名	(署名又は記名押印)	電話番号
	<input type="checkbox"/> 代理人 ()	住所		

保険者番号	個人番号
被保険者番号	被保険者氏名
公費負担番号	生年月日
公費受給者番号	年 月 日

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	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
	ロ () 円 × () 回 = () 円	
	ハ () 円 × () 回 = () 円	
	ニ () 円 × () 回 = () 円	
	ホ 却下(理由:)	

振込先	銀行	本店	普通	口座番号	
	信用金庫	支店		当座	(フリガナ)
	信用組合	出張所		()	口座名義人
	協同組合				
	()				

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 申請者 住所

福島県後期高齢者医療広域連合長 氏名 ⑩
電話番号 () -

受領委任欄	年 月 日 委任者 住所
	氏名 ⑩
	私(申請者)は本申請に基づく給付金に関する受領を下記受任者に委任します。
	受任者 住所
	氏名

受付欄	個人番号の確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード・通知カード	<input type="checkbox"/> その他 ()
	個人番号の本人確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他 ()
	個人番号の代理権確認	<input type="checkbox"/> 委任状	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> その他 ()