

受付日 令和 年 月 日
決定日 令和 年 月 日

提出者等	<input type="checkbox"/> 本人	氏名	広域 花子	電話番号	024-528-9025
	<input type="checkbox"/> 代理人(子)	住所	福島市中町8-2 広域マンション202		

保険者番号		個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7	被保険者氏名	広域 太郎
公費負担番号		生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日
公費受給者番号			

減額認定証の内容を記載してください。

負担区分	区分Ⅱ	長期該当年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日
認定証申請年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日	長期証申請年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日
認定証発効期日	令和〇〇年〇〇月〇〇日	長期証発効期日	令和〇〇年〇〇月〇〇日

診療を受けた医療機関等の所在地	福島市〇〇町〇〇番〇〇号		
診療を受けた医療機関等	広域クリニック		
入院日数	令和〇〇年〇〇月〇〇日から 令和〇〇年〇〇月〇〇日まで 〇〇日間 〇〇回		
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)	15,600 円		
減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由	1人世帯で、急な入院だったため		

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

金融機関・支店コードは必ず記入してください。

振込先	銀行	本店	普通	口座番号	1 2 3 4 5 6 7
	信用金庫	支店	当座	(フリガナ)	コウイキ タロウ
	信用組合	出張所	()	口座名義人	広域 太郎
	協同組合				
	()	1 1 1 1 2 2 2			

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療養費負担差額の支給を申請します。

〒960-8043

令和〇〇年〇〇月〇〇日 申請者 住所 福島市中町8-2 広域マンション202

福島県後期高齢者医療広域連合長 様 氏名 広域 太郎

電話番号 (024) 528 - 9025

受領委任欄	令和〇〇年〇〇月〇〇日	委任者 住所
		(自署) 氏名
	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
		(自署) 氏名

被保険者以外の口座を指定する場合は必ず記載してください。

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 ()