

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	☐ 本人	氏名		電話番号	
	☐ 代理人（続柄： ）	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	年 月 日
公費受給者番号			

資格確認書または減額認定証の内容を記載してください。			
負担区分		長期該当年月日	年 月 日
認定証申請年月日	年 月 日	長期証申請年月日	年 月 日
認定証発効期日	年 月 日	長期証発効期日	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
資格確認書または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 却下（理由： ）	

☐	下記口座への振込を希望します。 ※下記口座情報記載必要
--------------------------	--------------------------------

☐	給付金等の受取口座として国に登録した「公金受取口座」への振込を希望します。 ※下記口座情報記載不要（マイナポータル等による事前登録が必要です。）
--------------------------	---

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療養費負担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
	電話番号（ ）

受領委任欄	年 月 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