

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				
保 険 者 番 号				個 人 番 号						
被 保 険 者 番 号				療養を 受けた者		被 保 険 者				
公 費 負 担 者 番 号						氏 名				
公 費 受 給 者 番 号						生 年 月 日		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				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										
発病又は負傷の理由 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 × ()	回 = ()	円	合 計
	ロ	(—)	円 × ()	回 = ()	円	
	ハ	(—)	円 × ()	回 = ()	円	
	ニ	(—)	円 × ()	回 = ()	円	
	ホ	却下(理由：)								
該当するものに○をつけてください。該当するものがない場合は()内に記載してください。網掛けの中は記載不要です。										
振 込 先	銀 行 信 用 金 庫 信 用 組 合 協 同 組 合 ()				本店・支店 ()		預 金 種 別	普 通 座 ()		
口 座 番 号 等										
口 座 名 義 人										
(カ タ カ ナ)										
受 取 口 座		<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。 ※給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「 <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。」にチェック (✓) してください。 ※公金受取口座を利用する場合は、口座情報（上記太枠部）の記載や通帳の写しの添付等は不要です。								
口座名義人はカタカナで上段より左詰で記入してください。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										
(宛先)千葉県後期高齢者医療広域連合長										
申請者				住 所						
				氏 名						
				連 絡 先						