後　期　高　齢　者　医　療
食 事 療 養 差 額 支 給 申 請 書

記載例（食事療養差額）

①被保険者証に記載されている保険者番号と被保険者番号を記入してください。

②被保険者の氏名を記入してください。

③被保険者の生年月日を記入してください。

④減額認定証をお持ちの方は、証に記載されている内容を記入してください。

⑤入院した医療機関の所在地と医療機関名を記入してください。

⑥領収書をもとに、入院日数および食事回数を記入してください。

⑦領収書をもとに、支払った標準負担額（食事代）を記入してください。

⑧減額認定証の交付申請または医療機関への証の提出ができなかった具体的な理由を記入してください。

⑨金融機関を記入してください。

⑩通帳等をご確認の上、書き間違いのないようにご注意ください。

⑪口座名義人は必ずカタカナで記入してください。
濁点・半濁点は１字とし、姓と名の間は１字あけてください。

⑫申請日を記入してください。

⑬受取口座を他の方の口座とする場合、この□にレ点を付けてください。

⑭
②と同じ被保険者の氏名等を記入してください。
印鑑を忘れずに押してください。

※同じ印鑑を押してください。

保険者番号	3 9 1 8 2 0 1 9	療受養けをた	被保険者氏名	広域　花子
被保険者番号	0 0 1 2 3 4 5 6		生年月日	昭和６年　８月１０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

	○○市○○町３４－５
	○ ○ 病院
入院日数	平成２０年　５月　１日　から　平成２０年　５月３０日　まで　３０日間　９０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）	２３，４００　円
減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由	一人暮らしで入院し、申請することができなかったため

差額支給

イ（　－　）円　）回　＝　（
ロ（　　）回　＝
ハ（　　）回　＝
ニ（　　）回　＝
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。

先	○ ○	銀行・信用金庫・協同組合・信用組合（　）	○ ○	本店・支店（　）	預金種別：普通・当座
口座番号等（左づめ記載して下さい）	1 1 2 2 3 3 0				
口座名義人（カタカナ）	コ ウ イ キ　ハ ナ コ				

口座名義人はカタカナで上段より左づめで記入してください。濁点・半濁

捨印 印

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。

□なお、本申請書に基づく食事負担額差額の受領を上記振込先の名義人に委任します。
（※申請者と振込先の口座名義人が異なる場合は、□にレ点をつけて下さい）

平成２０年　６月　８日

福井県後期高齢者医療広域連合長　様

申請者　住所　〒○○○－○○○○　○○市△△町１２－３

市町受付印

名　広域　花子　印

険者との続柄　本人

話　××××－××××－××××

中連絡が取れる電話番号を記入