

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	3 9 1 8	個人番号			
被保険者番号		療養を受けた	被保険者氏名		
公費負担者番号			生年月日		年 月 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。			
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			

差額支給	イ (     —   ) 円 × (     ) 回 = (     ) 円 ロ (     —   ) 円 × (     ) 回 = (     ) 円 ハ (     —   ) 円 × (     ) 回 = (     ) 円 ニ (     —   ) 円 × (     ) 回 = (     ) 円 ホ 却下 (理由:     )	合 計
		—

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 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 <small>左づめ記載して下さい</small>				市町担当者 通帳確認印
口座名義人 (カタカナ)				

捨印  
印

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。 <input type="checkbox"/> 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、 <input type="checkbox"/> にレ点をつけて下さい。)		
年 月 日 福井県後期高齢者医療広域連合長 様	〒 申請者 住 所 _____ 氏 名 _____ 印 被保険者との続柄 _____ 電 話 _____	
広域連合受付印	市町受付印	
※日中連絡が取れる電話番号を記入願います。		