

後期高齢者医療 食事療養差額 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。

|        |                 |        |               |
|--------|-----------------|--------|---------------|
| 保険者番号  | 3 9 1 8 0 0 0 0 | 個人番号   | 123456789012  |
| 被保険者番号 | 0 0 1 2 3 4 5 6 | 被保険者氏名 | 広域 次郎         |
|        |                 | 生年月日   | 昭和10年 10月 10日 |

②個人番号を記入してください。

④被保険者の生年月日を記入してください。

③被保険者の氏名を記入してください。

⑤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。

|                    |               |
|--------------------|---------------|
| 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 |

⑦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。

〇〇市〇〇町34-5

⑥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。

〇〇病院

平成30年 4月 15日 から 平成30年 4月 30日 まで 16日間 48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)

13,260 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

発病又は負傷の理由

1: 第三者行為 (交通事故等) 2: (自損事故・疾病等)

差額支給

⑩該当する理由に○を付けてください。

⑧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。

⑨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。

ホ 却下 (理由: )

⑪金融機関を記入してください。

|     |    |                            |              |                  |
|-----|----|----------------------------|--------------|------------------|
| 振込先 | 〇〇 | 銀行<br>信用金庫<br>協同組合<br>信用組合 | 本店・支店<br>( ) | 預金種別<br>普通<br>当座 |
|-----|----|----------------------------|--------------|------------------|

口座番号等 左づめで記載して下さい 3 4 5 6 7 8 9

口座名義人 (カタカナ) コ ウ イ キ シ 、 ロ

⑫通帳等をご確認の上、書き間違いのないようご注意ください。

⑬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。

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

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  
 なお、本申請書に基づく食事負担額差額の受領を上記振  
 (※申請者と振込先の口座名義人が異なる場合は)

平成30年 5月 10日

⑮申請日を記入してください。

※同じ印鑑を押印ください

⑭受取口座を他の方の口座とする場合、この口にレ点を付けてください。

年齢者医療広域連合長 様  
 申請者 住所 〇〇市△△町45-6  
 氏名 広域 次郎  
 被保険者との続柄 本人  
 連絡先 ×××× - ×× - ××××

⑯「③」と同じ被保険者 (お亡くなりになられている場合は相続人) 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。

※日中連絡が取れる電話番号を記入願います。