

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 | 123456789012  |
| 被保険者番号       | 0 0 1 2 3 4 5 6 | 広域 次郎         |
| 療養を受けた被保険者氏名 |                 | 昭和10年 10月 10日 |
| 生年月日         |                 |               |

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              | 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。

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。

|                              |                               |
|------------------------------|-------------------------------|
| 診療を受けた医療機関等の所在地              | 〇〇市〇〇町34-5                    |
| 〇〇病院                         |                               |
| 〇年 4月 15日 から                 | 〇年 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。

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

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。6ケタ以下の場合は左詰めで記載してください。

|                     |           |
|---------------------|-----------|
| 口座番号等<br>左詰め記載して下さい | 1 2 3 4 5 |
| 口座名義人<br>(カタカナ)     | コウイキシ、ロ   |

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詰め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。

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。

〇〇年〇〇月〇〇日

後期高齢者医療広域連合長 様

申請者 住所 〇〇市△△町45-6

〒〇〇〇-〇〇〇〇

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。

広域連合受付印

氏名 広域 次郎

被保険者との続柄 本人

印

※日中連絡が取れる電話番号を記入願います。