

後期高齢者医療食事（生活）療養差額支給申請書

保険者番号	3	9	1	6					被保険者番号	0						
被保険者氏名										性別	男・女					
生年月日	年			月			日			個人番号						

限度額適用・標準負担額減額認定証の内容												
適用区分	低所得Ⅰ・低所得Ⅱ						発効期日	平成	年	月	日	
交付年月日	平成	年	月	日	長期該当年月日	平成	年	月	日			

診療を受けた医療機関等の名称及び所在地	名称										
	所在地										
認定証の交付申請または提出ができなかった理由											
入院期間	平成	年	月	日	～	平成	年	月	日	日間	

食事回数	回
実際の負担額 (標準負担額)	円
減額後の負担額	円
支給金額	円

差額計算欄				
イ	( )	円×	回=	円
ロ	( )	円×	回=	円
ハ	( )	円×	回=	円
ニ	( )	円×	回=	円
合計				円

振込先金融機関	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ( )						本店 支店 出張所					
	金融機関コード						店舗コード					
預金種目	普通・当座・貯蓄						<ul style="list-style-type: none"> <li>口座番号は7桁です。7桁未満の場合は先頭を0で埋めてください。</li> <li>口座名義人はカタカナで左詰めで記入し、姓と名の間は1字空けてください。</li> </ul>					
口座番号												
口座名義人 (カタカナ)												

富山県後期高齢者医療広域連合長 様

上記のとおり、療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。  
 なお、振込先口座が私の名義でない場合は、口座名義人に受領の権限を委任します。

平成 年 月 日

〒

申請者 住所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ ④

電話番号 \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

市町村確認欄	<input type="checkbox"/> 届出人を確認済み
--------	-----------------------------------