

富山県後期高齢者医療負担割合差額支給申請書

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

種類	負担割合差額（3割負担から1割負担へ変更）											
診療年月	平成	年	月	入外区分	入院・外来			給付割合	9割			
診療を受けた医療機関等の名称及び所在地	名称											
	所在地											

医療費総額			円	
一部負担額	3割			円
	1割			円
	差額			円
高額療養費償還済額	△			円
支給金額			円	

計算欄（※広域連合記入欄）	

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"> 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。 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。 			
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 _____ (印)

電話番号 _____ () _____

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