

後 期 高 齢 者 医 療
 食事(生活)療養標準負担額差額支給申請書

受付日 年 月 日
 決定日 年 月 日

保険者番号		個人番号	
被保険者番号		療 受 養 け た	被保険者氏名
公費負担者番号			
公費受給者番号		生年月日	年 月 日

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	
入院日数及び食事回数	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	
発病又は負傷の理由	1：第三者行為(交通事故等) 2：その他(自損事故・疾病等)

差 額 支 給	イ (-)円×()回=()円	合 計
	ロ (-)円×()回=()円	
	ハ (-)円×()回=()円	
	ニ 320円 × ()日 = ()円	
	ホ 却下(理由:)	
		円

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	本店(所) 支店(所)	預 金 種 別	普 通 座 ()
	信用金庫 信用組合 協同組合			
口座番号等 左づめで記入く ださい				
口座名義人 (カタカナ)				

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、関係書類を添えて後期高齢者医療の食事(生活)療養標準負担額差額の支給を申請します。

年 月 日
 (あて先) 福岡県後期高齢者医療広域連合 広域連合長
 申請者 住所 _____
 氏名 _____ 印
 連絡先 _____