様式第１６号(第１２条関係)

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		療養を受けた	被保険者氏名
公費負担者番号			生年月日　年　月　日
公費受給者番号			

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った理由	

差額支給	イ　(　－　)円×(　)回＝(　)円 ロ　(　－　)円×(　)回＝(　)円 ハ　(　－　)円×(　)回＝(　)円 ニ　320円　×　(　)日　＝　(　)円 ホ　却下（理由:　）	合　計 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 信用金庫 信用組合 協同組合	本店(所) 支店(所)	預金種別	普通 当座 (　)
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