

保 険 者 番 号							個 人 番 号				
被 保 険 者 番 号							療 養 受 け た 人	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											

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の名称	
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
減額認定を受けていることの確認を受けなかった理由	
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)

[illegible]

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	普通座 ()
		金融機関コード					
口座番号等 右詰記載して下さい							
口座名義人 (カタカナ)							

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。

(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

住所 _____
氏名 _____
連絡先 _____