

後 期 高 齢 者 医 療
食 事 (生 活) 療 養 差 額 支 給 申 請 書

受付日 令和 年 月 日
決定日 令和 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	年 月 日 から 年 月 日 まで 日間 回
入院に際して受けた食事(生活)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:単独事故(運転・同乗) 3:その他(疾病等)

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

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 協 同 組 合 ()	本店・支店 ()	預 金 種 別	普 通 当 座 ()
口座番号等 左詰記載して下さい				
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。

上記のとおりに関係書類を添えて後期高齢者医療の食事(生活)療養負担額差額の支給を申請します。

令和 年 月 日

高知県後期高齢者医療広域連合長 様

申 請 者 住 所 氏 名 連 絡 先