

後期高齢者医療 食事・生活療養差額支給申請書

受付印

受付日 年 月 日  
 決定日 年 月 日

市 町 村 処 理 欄			
受付		入力	

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
公費受給者番号			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標準負担額	円
減額認定を受けていることの確認を医療機関等で受けなかった理由	
発病又は負傷の理由	1 : 第三者行為(交通事故等) 2 : その他(疾病等・自損事故)

差額支給	イ ( )月 区分( ) ( - )円× ( )回= ( )円	合 計  円
	ロ ( )月 区分( ) ( - )円× ( )回= ( )円	
	ハ ( )月 区分( ) ( - )円× ( )回= ( )円	
	ニ ( )月 区分( ) ( - )円× ( )回= ( )円	
	ホ ( )月 区分( ) ( - )円× ( )回= ( )円	
	ヘ ( )月 区分( ) ( - )円× ( )回= ( )円	
	ト 却下(理由: )	

該当するものに○を付けてください。該当するものがない場合は( )内に記載してください。

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ( )	本店・支店 本所・支所 ( )	預金種別	普通座 ( )
口座番号				
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詰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字空けてください。

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・生活負担額差額の支給を申請します。

年 月 日

長野県後期高齢者医療広域連合長 宛

申請者 住所

(被保険者) 氏名

電話番号