

後期高齢者医療 食事・生活 療養差額支給申請書

受付印

市町村処理欄			
受付		入力	

受付日 年 月 日  
 決定日 年 月 日

保険者番号	3 9 2 0 2 0 1 5	個人番号	
被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8	被保険者氏名	給付太郎
公費負担者番号		療養を受けた	
公費受給者番号		生年月日	M・T・ <b>12</b> 年 <b>5</b> 月 <b>3</b> 日

診療を受けた医療機関等の所在地	長野市大字鶴賀緑町1613
診療を受けた医療機関等	信州病院
入院日数	令和元年8月1日から令和元年8月31日まで 31日間 93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	42,780 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	
	へ ( )月 区分( ) ( - )円× ( )回= ( )円	
ト 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。

振込先	後期	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ( )	後期	本店・支店 本所・支所 ( )	預金種別	普通 当座 ( )
-----	----	-----------------------------------	----	-----------------------	------	-----------------

口座番号	4 4 4 4 4 4
口座名義人 (カタカナ)	キュウフ タロウ

口座番号、名前ともに左詰めで記載する。

口座名義人はカタカナで上段より左詰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

令和元年 9 月 1 日

長野県後期高齢者医療広域連合長 宛

申請者 住所 長野県広域市広域連合2番地

(被保険者)

氏名 給付太郎

電話番号 222-2222

濁点、半濁点は1字とする。  
姓と名の間は1字空ける。