

# 後 期 高 齢 者 医 療

## 食事療養差額支給申請書

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<br>受 け た 人 | 被保険者氏名                |
| 公費負担者番号 |  |                  | 適用区分                  |
| 公費受給者番号 |  |                  | 低Ⅱ(長期非該当)・低Ⅱ(長期該当)・低Ⅰ |
|         |  |                  | 生年月日                  |

減額認定証の内容を記載してください。

|         |  |      |          |
|---------|--|------|----------|
| 診 療 年 月 |  | 療養期間 | 年 月 日 から |
| 診 療 日 数 |  |      | 年 月 日 まで |

|                              |                                       |               |       |
|------------------------------|---------------------------------------|---------------|-------|
| 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                         | 日                                     | 入院日数が90日を超えた日 | 年 月 日 |
| 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拋出ができなかった理由      |                                       |               |       |
| 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) |               |       |

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

|             |         |      |         |             |    |       |
|-------------|---------|------|---------|-------------|----|-------|
| 支 払 金 融 機 関 | 支払区分    | 口座振込 | 預 金 種 別 | 1 : 普通      | 銀行 | 支店・本店 |
|             |         |      |         | 2 : 当座      | 農協 | 支店・本店 |
|             |         |      |         | 3 :         | 信組 | 支店・本店 |
|             | 金融機関コード |      |         | 4 :         | 金庫 | 支店・本店 |
|             | 口座番号    |      |         | 口座名義人(カタカナ) |    |       |

上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。

年 月 日

秋田県後期高齢者医療広域連合長 様

〒

住 所

申請者

氏 名

電話番号

|               |                          |            |       |  |
|---------------|--------------------------|------------|-------|--|
| 受 領 代 理 人 の 欄 | 本請求に基づく給付金の受領を代理人に委任します。 |            | 年 月 日 |  |
|               | 申請者                      | 氏名 (印)     |       |  |
|               | 代理人の氏名                   | (フリガナ) (印) |       |  |
|               | 代理人の住所                   | 郵便番号       |       |  |
|               |                          |            |       |  |