

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 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				
入院期間・日数及び食事回数	年 月 日 から	年 月 日 まで	日間	回
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拠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： ）	

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
				4：	金庫 支店・本店
	金融機関コード				
	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 _____			
	代理人の氏名	(フリガナ) _____		
	代理人の住所	郵便番号 _____		