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				
公費受給者番号			生年月日	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 ロ　（　－　）円　×　（　　）＝　（　　）円 ハ　（　－　）円　×　（　　）＝　（　　）円 ニ　（　－　）円　×　（　　）＝　（　　）円 ホ　却下（理由：　　）	合　計 円

支払金融機関	支払区分	口座振込	預金種別	１：普通 ２：当座 ３： ４：	銀行　支店・本店 農協　支店・本店 信組　支店・本店 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）	

☐ 公金受取口座を利用します。

※ 給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「☐ 公金受取口座を利用します。」にチェック（✓）してください。

※ 公金受取口座を利用する場合は、口座情報の記載や通帳の写しの添付等は不要です。

上記のとおりに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

申請者
〒
住　所
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　―