


# 食事療養差額

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		3 9 3 3 1 0 0 4		療 養 を 受 け た	被保険者氏名		広域 太郎		
被保険者番号		9 9 9 9 9 9 9 9			適用年月日		平成21年 6月 1日		
公費負担者番号					生年月日		明・大・昭・和 3年 1月 1日		
公費受給者番号									
減額認定証の内容を記載してください。									
交付区分		低所得		適用年月日		平成21年 6月 1日			
交付年月日		平成21年 6月 10日		長期該当年月日		年 月 日			
診療を受けた医療機関等の所在地		県 市 町×××番地							
診療を受けた医療機関等		広域病院							
入院日数		平成21年 4月 9日 から 平成21年 6月 3日まで		56日間		168 床			
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)		43,680		円					
減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由									
差 額 支 給	イ( )円 × ( )回 = ( )円		合計						
	ロ( )円 × ( )回 = ( )円								
	ハ( )円 × ( )回 = ( )円								
	ニ( )円 × ( )回 = ( )円								
	ホ 却下(理由: )								
該当するもの( )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。網掛けの中は記載不要です。									
振込先		銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ( )		本店・支店 ( )		預金種別 ( )		普通 当座 貯蓄	
口座番号 <small>左記記載して下さい</small>		1 2 3 4 5 6 7							
口座名義人 (カタカナ)		コ ウ イ キ		タ ロ ウ					
口座名義人はカタカナで上段より左づ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字あけてください。									
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負担額差額の支給を申請します。									
平成21年 6月 10日 岡山県後期高齢者医療広域連合長 様									
申請者 (被保険者)		住所		市 町×××番地					
		氏名		広 域 太 郎		印			
		電話番号		0 0 0 - 0 0 0 - 0 0 0 0					
申請者と口座名義人が異なる場合に記入してください。									
上記、食事負担額差額受領に関する権限を、下記代理人に委任します。									
年 月 日									
委 任 状		申請者 (被保険者)		住所					
				氏名					
				印					
		代理人		住所					
				氏名					
		印							

## (記入時の注意事項)

既に標準負担額減額認定証の交付を受けている場合は交付情報を記載してください。

領収書のコピーを添付してください。

「限度額適用・標準負担額減額認定証」を医療機関に提示できなかった理由を記載してください。  
(一人暮らしで緊急入院のため等。「制度を知らなかった」という理由の時は受付できません。)

広域連合処理欄です。

申請者の口座を記入し、通帳のコピーを添付してください。(ゆうちょ銀行可)

申請書と口座名義が異なる場合にのみ記入してください。