

後期高齢者医療 食事療養差額支給申請書

受付日	年	月	日	個人番号 (マイナンバー)				
決定日	年	月	日	療養を受けた 被保険者	氏名			
保険者番号								
被保険者番号								
公費負担者番号								
公費受給者番号				生年月日	明・大・昭	年	月	日

減額認定証の情報を記載してください。			
適用区分		発効期日	年 月 日
交付年月日	年 月 日	長期入院該当年月日(91日目)	年 月 日

入院した 医療機関 等	所在地 名称						
入院日数	年 月 日 から	年 月 日 まで	日間	回			
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			
減額認定を受けていることの確認を受けなかった理由							
発病または負傷の理由		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 × () 回 = () 円	合計
	ロ	() 円 × () 回 = () 円	
	ハ	() 円 × () 回 = () 円	
	ニ	() 円 × () 回 = () 円	
	ホ	却下(理由:)	

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	本店 支店 出張所 ()	預金種別 ()	普通座貯蓄 ()
	金融機関コード	支店コード		
	口座番号 (右づめ)			
	口座名義人 (カタカナ) (左上づめ)			

※ ゆうちょ銀行の場合は、振込用の「店名(漢数字3桁)・預金種目・口座番号(数字7桁)」(通帳見開き下部)を記入してください。
 ※ 口座名義人は、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、関係書類を添えて食事負担額差額の支給を申請します。

岡山県後期高齢者医療広域連合長 様 年 月 日

申請者 住所 _____

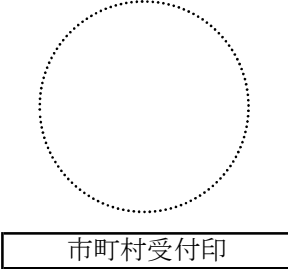
(被保険者) 氏名 _____

☑ ※口座名義人と申請者が異なる場合のみ押印

電話番号 _____

↓ 口座名義人と申請者が異なる場合は、記入・押印してください。 ↓

受領委任状	上記、食事負担額差額受領に関する権限を、下記受領代理者に委任します。	
	年 月 日	
	委任者 (申請者)	氏名 _____ ☑
	受領代理者	住所 _____
氏名 _____ ☑		



市町村受付印