

消えるボールペン、消えやすいインキや鉛筆では、
記入しないでください。

記入例

個人番号、金融機関コード、支店コードが不明の場合は、記入不要です。

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	後期 次郎				
保険者番号	3	9	3	3	0	0	0	0	0	
被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7		
公費負担者番号										
公費受給者番号										
減額認定証の情報を記載してください。										
適用区分	区分Ⅱ				発効期日	令和××年××月××日				
交付年月日	令和××年××月××日				長期入院該当年月日(91日目)	令和××年××月××日				
入院した 医療機関 等	所在地	〇〇市〇〇××番地××								
	名称	〇〇〇〇病院								
入院日数	令和××年××月××日から令和××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)	460 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	救急で入院し、手続する人がいなかったため など									
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)									
添付する医療機関の領収書、 内訳書を参照して記入してください。	回	=	()	円	合	計				
	回	=	()	円						
	回	=	()	円						
	回	=	()	円						
ホ 却下(理由:)										
振込先	広域			銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	岡山			本店 出張所	預金種別	普通 当座 貯蓄
金融機関コード				支店コード						
口座番号 (右づめ)	0	1	2	3	4	5	6			
口座名義人 (カタカナ) (左上づめ)	コウキ			シロウ						
「姓」と「名」は、1マス空けてください。										
ゆうちょ銀行の場合は、 通帳の見開き下部の 「店名(3桁)、口座番号(7桁)」 を記入してください。										
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 令和××年××月××日										
申請者 (被保険者)	住所	岡山県岡山市北区●町×番×号								
	氏名	後期 次郎								
	電話番号	086 - 000 - 0000								
受領委任状	受領代理者	住所								
		氏名								
この受領委任状は、 口座名義人と申請者が異なる場合のみ 記入・押印してください。										
市町村受付印										