

記入例

後期高齢者医療食事療養(生活療養)差額支給申請書

受付日 平成 年 月 日
 決定日 平成 年 月 日

保険者番号	3 9 3 7 0 0 0 0	療養を受けた	被保険者名	広域 連五郎		
被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8		生年月日	明治(天正)12年 3月 14日		
公費負担者番号			現在お持ちの減額認定証の内容を記載してください。			
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II	適用年月日	平成24年9月1日
交付年月日	平成24年9月11日	長期該当年月日	平成25年2月1日

診療を受けた医療機関等の所在地	高松市福岡町十丁目1番1号		
診療を受けた医療機関等	香川県広域連合病院		
入院日数	平成25年 1月 6日 から 平成25年 1月 31日 まで 26 日間 78 回		
入院に際して受けた食事療養(生活療養)に対して支払った額(標準負担額)	16,380 円		

減額認定証の交付申請又は提出できなかった理由

平成25年1月6日で平成24年9月1日からの入院日数が91日になったが、減額認定証の長期該当年月日が平成25年2月1日からのため

該当するものに○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	さめき (銀行 農協)	さめき (本店 支店 出張所)	種目	口座番号
	()	()	1 普通預金 2 当座預金 3 その他	1 2 3 4 5 6 7
金融機関名・支店名・口座種目・口座番号を正確に記入し、該当するものに○をつけてください。			(フリガナ)	コウイキ レンゴロウ
			口座名義人	広域 連五郎

上記のとおりに関係書類を添えて後期高齢者医療食事療養(生活療養)差額支給申請書の提出をお願いします。

原則、被保険者本人名義の口座を記入してください。被保険者と異なる場合は、委任状が必要になります。

25年 2月 10日

香川県後期高齢者医療広域連合長 殿

被保険者(申請者) 住所 高松市福岡町二丁目3番1号

氏名 広域 連五郎

連絡先 9876-54-3210

注 領収証の写しを添付して下さい。

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 :)	
被保険者(申請者)は記入不要です。		円