

後 期 高 齢 者 医 療  
食 事 療 養 差 額 支 給 申 請 書

受付日 令和 年 月 日  
決定日 令和 年 月 日

保険者番号		療受 養け をた	個人番号	
被保険者番号			被保険者氏名	
公費負担者番号				
公費受給者番号			生年月日	明治・大正・昭和 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 × ( ) 回 = ( ) 円	合 計
	ロ ( ) 円 × ( ) 回 = ( ) 円	
	ハ ( ) 円 × ( ) 回 = ( ) 円	
	ニ ( ) 円 × ( ) 回 = ( ) 円	
	ホ 却下（理由： ）	
	円	

【振込先口座】 ①受取口座情報 または ②公金受取口座利用 のいずれかを選択して記入してください。  
①受取口座情報 受取を希望される口座情報を記入してください。

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 ( )
口座番号 左詰記載して下さい			
口座名義人 (カタカナ)			

②公金受取口座利用 公金受取口座の利用を希望される場合はチェック (✓) してください。

公金受取口座を希望します。（被保険者本人が受け取る場合のみ）

※公金受取口座を利用するためには、マイナポータル等による被保険者本人の公金受取口座の事前登録が必要です。  
※①受取口座情報に記入があり、かつ②公金受取口座利用にチェック (✓) がついていた場合、①受取口座情報の登録が優先されます。

山口県後期高齢者医療広域連合長 様  
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・生活）療養費 差額の支給を申請します。

令和 年 月 日

申請者 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_  
連絡先 \_\_\_\_\_