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		療養を受けた	個人番号	9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 9 8
被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7		被保険者氏名	広　域　　太　郎
公費負担者番号				
公費受給者番号			生年月日	明治・大正・(昭和) 14 年　1 月　1 日

診療を受けた医療機関等の所在地	山口市〇〇町〇丁目〇番〇号
診療を受けた医療機関等	〇〇病院
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	（例）　長期該当申請日以降、長期該当年月日前の入
発病又は負傷の理由	1：第三者行為（交通事故等
差額支給	イ（　－　）円 × （　）回 ロ（　－　）円 × （　）回 ハ（　－　）円 × （　）回 ニ（　－　）円 × （　）回 ホ　却下（理由：

差額支給の受取口座として
「①受取口座情報」に希望口座情報を記入
もしくは
「②公金受取口座利用」の□にチェック（✔）の
どちらかのみを選択してください。
※②を選択する場合は「マイナポータル等による被保険者本人の公金口座の事前登録」が必要です。

【振込先口座】　　座情報　または　②公金受取口座利用　　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	〇〇〇〇	銀行 (信用金庫) 信用組 協同組合	〇〇〇〇　本店・(支店) （　　）	預金種別	(普通) 当座 （　　）
口座番号 左詰記載して下さい	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇				
口座名義人 （カタカナ）	コ ウ イ　　タ ロ ウ				

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

令和　6 年　9 月　1 日

申請者　住　所　山口市大手町９番１１号
氏　名　広　域　　太　郎
連絡先　０８３－９２１－７１１０

被保険者本人または相続人の住所・氏名・連絡先を記載してください。