

後 期 高 齢 者 医 療 標 準 負 担 額 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		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						

減額認定証の内容を記載してください。			
交 付 区 分	I 老福 ・ II 長期	適 用 年 月 日	平成 年 月 日
交 付 年 月 日	平成 年 月 日	長期該当年月日	平成 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	平成 年 月 日 から	平成 年 月 日 まで	日間 回
入院に際して受けた（食事・生活）療養に対し支払った額（標準負担額）			円
減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由			

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 ()	預金種別	普 通 座 ()
口座番号 <small>左詰記載して下さい</small>				
口座名義人 (カタカナ)				

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。

平成 年 月 日

申請者 _____

住 所 _____

氏 名 _____

連絡先 _____