

後 期 高 齢 者 医 療
食 事 療 養 差 額 支 給 申 請 書

受付日	年	月	日
決定日	年	月	日
保険者番号			
被保険者番号			
公費負担者番号			
公費受給者番号			
療受養けをた	個人番号		
	被保険者氏名		
	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（ ー ）円 × （ ）回 = （ ）円	合 計
	ロ（ ー ）円 × （ ）回 = （ ）円	
	ハ（ ー ）円 × （ ）回 = （ ）円	
	ニ（ ー ）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 左記記載して下さい				
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負担額差額の支給を申請します。

年 月 日

申請者 住 所 _____

氏 名 _____

連絡先 _____