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	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院のため	
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 ロ　（　－　）円　×　（　）回　＝　（　）円 ハ　（　－　）円　×　（　）回　＝　（　）円 ニ　（　－　）円　×　（　）回　＝　（　）円 ホ　却下（理由：　）	合　計 円

振込先	〇〇〇〇				銀行 信用金庫（○） 信用組合 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	キ		タ	ロ	ウ															

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　３年　３月　２２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