

後期高齢者医療食事（生活）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		3		9		2		5		2		1		4		3		個人番号 (12ケタ)																															
被保険者番号 (8ケタ)																		療養 受 け を た		被保険者氏名																													
公費負担者番号																																																	
公費受給者番号																				生年月日						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（生活）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：—）																																															
振 込 先												銀 行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()										本店 支店 ()										市町担当課等に通帳を持 参し、担当者の確認を受 けて下さい。通帳の写し の添付、金融機関の確認 でも可。										通帳 確認 欄							
		金融機関コード										()										支店コード																											
口座番号等 左詰記載して下さい																						預金種別										普通 ・ 当座 ・ ()																	
口座名義人 (カタカナ)																																																	
1. 該当するものに○をつけてください。該当するものがない場合は（ ）内に記載してください。網掛けの中は記載不要です。 2. 口座名義人はカタカナで左づめで記入して下さい。濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字あけてください。 3. この申請書提出にあたり、口座確認のため、市町担当課等に通帳を持参し担当者の確認を受けてください。通帳を持参されない場合や郵送等で申請書を提出される場合は、通帳の写し（金融機関、支店、種別、口座番号、口座名義の確認できるページ）を添付してください。郵送等の場合で通帳の写しが添付できない場合、ゆうちょ銀行以外は、金融機関の確認（金融機関の口座開設支店で通帳確認欄にチェックをしてもらってください）でも可とします。 なお、支給にあたっては、お住まいの市町の後期高齢者医療担当課の窓口において支払いする場合があります。																																																	
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）負担額差額の支給を申請します。 令和 年 月 日 滋賀県後期高齢者医療広域連合長様 〒 申請者 住所 氏名 電話番号																																																	
委任状 上記請求に基づく療養費の申請を上記の者に委任します。 令和 年 月 日 委任者 住所 氏名																																																	
届出者名												本人との続柄																																					
届出者住所												届出者電話番号																																					