

## 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		個人番号			
被保険者番号		療 養 を 受 け た	被保険者氏名		
公費負担者番号			生年月日		
公費受給者番号			年 月 日		

減額認定証の内容を記入してください。			
交付区分		適用年月日	年 月 日
交付年月日	年 月 日	長期該当年月日	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の名称	
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
減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由	
発病又は負傷の理由	1：第三者行為（交通事故等）      2：自損事故      3：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： ）		
			円

該当するものに○を付けてください。該当するものがない場合は（ ）内に記入してください。網掛けの中は記入不要です。

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	普通当座 ( )
口座番号 (左詰めで記入)				
口座名義人 (カタカナ)				

口座名義人欄は、カタカナで上段から左詰めで記入してください。濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字空けてください。

埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて

上記のとおりに関係書類を添えて申請します。

年 月 日

申請者 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_