

後期高齢者医療広域連合 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 1 1 2 3 9 6	個人番号			
被保険者番号	0 * * * * *	療養を受けた	被保険者氏名	坂戸 後期	
公費負担者番号			生年月日	昭和**年**月**日	
公費受給者番号					

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		
入院に際して受けた食事・生活療養に対し			
減額認定証の交付申請又は提出ができな			
発病又は負傷の理由	1: 第三者行為 (交通事故等) 2: 疾病等		

この枠内（振込先口座内容、申請者欄）のみ、ご記入ください。
 <<記入上の注意>>
 ①申請者欄は被保険者様ご本人の住所・氏名を記入してください（本人以外の場合、委任状を添付いただくこととなります）。
 ②振込先口座名義人が被保険者様以外の場合、委任状を添付してください。

差額支給	イ (-) 円 × () 円	ロ (-) 円 × () 円	ハ (-) 円 × () 円	ニ (-) 円 × () 円	ホ 却下 (理由:)	合計	
						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	さかど	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	坂戸 本店 () 支店 ()	預金種別 ()	普通 当座 ()
口座番号 (左詰めで記入)	1 2 3 4 5 6 7				
口座名義人 (カタカナ)	サカト コウキ				

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 坂戸市千代田1-1-1
氏 名 坂戸 後期
電話番号 049-283-1331