

記入例

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		個人番号	診療を受けた方のマイナンバー		
被保険者番号		療受	被保険者氏名		
公費負担者番号		養け	生年月日	年	月 日
公費受給者番号		をた			

減額認定証の内容	診療を受けた方の内容で記入				
交付区分		週	月	日	年 月 日
交付年月日		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			交通事故などの相手方がいる行為が原因で診療を受けたときは1に0を、そうでないときは2に0を付けてください。
診療を受けた医療機関等			
入院日数		日 から	年 月
入院に際して受けた食		(標準負担額)	回 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 : 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:)	

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。

振込先	上記被保険者の名義の口座で記入			店	預金種別	普通
	※別の方名義をご希望のときは、別に委任状が必要です。			支所		当座
口座番号	←左詰めで7桁で記入					
口座名義人(カタカナ)	←ここから左詰めでカタカナで記入					
	濁点(「・」)は1マス使い、苗字と名前の間は1マス空けて記入					

口座名義人はカタカナで上段より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字あけてください。

上記のとおり、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
(宛先) 静岡県後期高齢者医療広域連合長

申請者

診療を受けた方の内容で記入
※委任状を添付した場合も同様です。

住 所 _____
氏 名 _____
電話番号 () _____

※ ゆうちょ銀行を振込先に希望するときの注意点

下記の部分の内容をご記入ください。これに加え、申請にあたっては通帳の下記の部分の写しを添付してください。

ご利用欄	振替口座開設(送金機能) 通常貯金ご利用の上限額 10,000,000円
	キャッシュサービス 代理人カード デビットサービス
銀行使用欄	定期定期預金貸付け 国債等自動貸付け
	振込用の店名・預金種目・口座番号 他の金融機関から振込を受ける際は、こちらの店名・預金種目・口座番号をお振込人さまにお知らせください。(窓口に通帳をお持ちいただいた際に、この部分を記載いたします。)
この口座を他金融機関からの振込の受取口座として利用される際は次の内容をご指定ください 【店名】一九八(読み イチキユウハチ) 【店番】198【預金種目】普通預金【口座番号】0123456	
<small>○この通帳のご利用にあたってのご注意が裏面のページに記載してありますので、ご覧ください。 ○通帳やカードを万一紛失されたり又は盗難にあったときは、直ちにカード紛失センター(0120-794889)又はお近くのゆうちょ銀行、郵便局へお届けください。その際には、通帳の記号番号が必要になりますので、あらかじめ別にお控えおきください。 ○この通帳をお預けになるときは、引換えに預り証を必ずお渡しいたしますので、お受け取りください。 ○通帳は表紙とも16枚です。</small>	