

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

個人番号		012345678901		
保険者番号	3 9 3 6 4 0 3 9	療 受 け た	被保険者氏名	広域 花子
被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7		生年月日	大正 昭和 〇年 〇月 〇日
公費負担者番号				
公費受給者番号				

減額認定証の内容を記載してください。

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	
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: その他(自損事故・疾病等)

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。

振込先金融機関の欄	銀行	〇〇	本店(所)	〇〇	預金種別	1 普通
	金庫		支店			2 当座
	組合		支所		金融機関コード	3 その他
	農協		出張所		支店コード	
	( )	( )				
口座番号等(左詰め)	0 1 2 3 4 5 6					
カナ	コ ウ イ キ					
漢字	広 域					
	花 子					

口座名義人は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。

委任状	私は、次の者を代理人と定め、後期高齢者医療標準負担額差額の受領に関する一切の権限を委任します。	
	代理人(口座名義人)	住所
	氏名	
委任者(被保険者)	氏名	印

上記のとおりに関係書類を添えて後期高齢者医療の標準負担額差額の支給を申請します。

令和 〇年 〇月 〇日  
徳島県後期高齢者医療広域連合長 殿

申請者 住所 藍住町〇〇〇〇〇〇番地

氏名 広域 花子

連絡先 012 - 345 - 6789

届出人(記入者) 氏名 広域 太郎

電話番号 012 - 345 - 6789

(裏面)

● 該当する項目の□にレを付す又は塗りつぶす(■印にすること)。

市 町 村 処 理 欄	個人番号確認	身元確認(顔写真の無い場合2点)		代理権の確認
	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 年金証書	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本等(法定代理人)
<input type="checkbox"/> 通知カード	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 委任状(任意代理人)	
<input type="checkbox"/> 住民票の写し	<input type="checkbox"/> 後期被保険者証	( )	<input type="checkbox"/> その他(上記が困難な場合)	
<input type="checkbox"/> 職員が記載	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証	( )	( )	