

## 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			
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		年 月 日
公費受給者番号					

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	
入院日数	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間 回
入院に際して受けた食事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	

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		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		※口座番号は左詰めで記入してください。			
口座名義人 (カタカナ)		※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。			
<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。 ※ 給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「 <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。」にチェック(✓)してください。 ※ 公金受取口座を利用する場合は、口座情報の記載や通帳の写しの添付等は不要です。					

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負担額差額の支給を申請します。

令和 年 月 日

(宛先) 山梨県後期高齢者医療広域連合長

申請者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

記入例(申請者記載例)

後期高齢者医療  
食事療養差額支給申請書

被保険者について記載してください。

受付日 年 月 日  
決定日 年 月 日

保険者番号		個人番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	0
被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	療養を受けた	被保険者氏名	山梨 太郎			
公費負担者番号		療養を受けた	生年月日		昭和〇〇年 〇〇月 〇〇日									
公費受給者番号														

診療を受けた医療機関等の所在地	山梨県〇〇市〇〇1234												
診療を受けた医療機関等	〇〇病院												
入院日数	令和〇〇年〇〇月〇〇日から令和〇〇年〇〇月〇〇日まで〇〇日間〇〇回												
入院に際して受けた食事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	・長期入院該当のため、申請日から月末までの申請 ・緊急入院で申請できる親族が近くにいなかったため												

差額支給	イ	( )円 × ( )回 = ( )円	診療を受けた医療機関、差額申請に該当する入院日数、差額申請に該当する期間に支払った額、申請及び証の提示ができなかった理由について記載してください。
	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	山梨〇〇	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ( )	〇〇	本店	支店	預金種別	普通 当座	
口座番号	0	0	1	2	3	4	5	※口座番号は左詰めで記入してください。
口座名義人(カタカナ)	ヤマナシ タロウ						※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。	
<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。 ※ 給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「 <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。」にチェック(✓)してください。 ※ 公金受取口座を利用する場合は、口座情報の記載や通帳の写しの添付等は不要です。								

被保険者本人の名義の口座を記載してください。  
※被保険者本人以外の口座への入金を希望する場合は、委任状を添えてください。

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負担額差額の支給  
令和〇〇年 〇〇月 〇〇日

(宛先) 山梨県後期高齢者医療広域連合長

申請者住所 山梨県〇〇市〇〇123

被保険者について記載してください 名 山梨 太郎

連絡先 055-〇〇〇-〇〇〇〇

<添付書類>

- ・領収書
- ・委任状  
※被保険者本人以外の口座への入金を希望される場合、その旨を記載した委任状を添付してください。
- ・誓約書  
※被保険者死亡により、相続人が申請する場合、添付してください。
- ・相続関係のわかる書類  
※被保険者死亡により、相続人が申請する場合、添付してください。