

# 後 期 高 齢 者 医 療 食 事 療 養 差 額 支 給 申 請 書

受付日	年	月	日	個人番号																	
決定日	年	月	日																		
保険者番号				療 養 を 受 け た	被保険者氏名																
被保険者番号						生年月日	明・大・昭	年	月	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			
診療を受けた医療機関等			
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（ ー ）円 × （ ）回 = （ ）円	合 計
	ロ（ ー ）円 × （ ）回 = （ ）円	
	ハ（ ー ）円 × （ ）回 = （ ）円	
	ニ（ ー ）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 貯蓄 ( )
口座番号 <small>左詰記載して下さい</small>				
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づ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。

年 月 日

岡山県後期高齢者医療広域連合長 様

申 請 者  
(被保険者) 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

委 任 状	※申請者と口座名義人が異なる場合に記入してください。		
	上記、食事負担額差額受領に関する権限を、下記代理人に委任します。		
	年 月 日	申 請 者 (被保険者)	住所 _____
			氏名 _____ 印 _____
	代 理 人	住所 _____	
		氏名 _____ 印 _____	

【記入例】

後 期 高 齢 者 医 療

【食事療養差額】

保険者番号・被保険者番号を記入してください。(お手持ちの保険証に記載)	支給 人番号	被保険者の氏名と生年月日の記入をお願いします。
-------------------------------------	-----------	-------------------------

保険者番号 3 9 3 3 ○ ○ ○ ○	被保険者番号 0 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	療 受 け た 被 保 険 者 氏 名 <b>広域 太郎</b>	生年月日 明・大(昭) 3 年 4 月 1 日
--------------------------	---------------------------	--	----------------------------

お手持ちの減額認定証に記載されている内容の記載をお願いします。

内容を記載してください。

交付区分 <b>低II</b>	適用年月日 平成30 年 5 月 1 日
交付年月日 平成30 年 5 月 1 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 〇〇県〇〇市〇〇町△△番地	医療機関の所在地と名称を記入してください。
診療を受けた医療機関等 後期病院	

入院日数 H30 年 4 月 1 日から H30 年 4 月 30 日まで 30 日間 90 回
---

領収書に記載のある入院日数や食事負担額を記入してください。食事回数がかかる場合は併せて記入してください。	41,400 円
--	----------

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 × ( )	ロ ( ) 円 × ( )	ハ ( ) 円 × ( )	ニ ( ) 円 × ( )	ホ 却下 (理由: )
---------------	---------------	---------------	---------------	-------------

負傷や発病の理由が第三者によるものである場合は「1」、その他の場合(自損事故や疾病等)は「2」に○をしてください。

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 <b>広域</b>	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	<b>岡山</b>	本店・支店 ( )	預金種 普通 当座 貯蓄
口座番号 左詰記載して下さい	1 2 3 4 5 6 7	ご希望の金融機関名・支店名・預金種別・口座番号・口座名義人を記入してください。(名義人はカタカナでの記入、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。)		
口座名義人 (カタカナ)	コ ウ イ キ タ ロ ウ			

口座名義人はカタカナで上段より左づめで記入してください。濁点・半濁点は1字と

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 平成30 年 5 月 1 日 岡山県後期高齢者医療広域連合長 様 申請者 (被保険者) 住所 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番地 氏名 <b>広域 太郎 印</b> 電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	申請年月日と住所氏名の記入、押印(認め印可)をしてください。また、日中連絡の取ることのできる電話番号の記入をお願いします。
--	---

委任状 ※申請者と口座名義人が異なる場合に記入してください。 上記、食事負担額差額受領に関する権限を、下記代理人に委任します 平成30 年 5 月 1 日 申請者 (被保険者) 住所 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番地 氏名 <b>広域 太郎 印</b> 代理人 住所 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番地 氏名 <b>広域 花子 印</b>	振込先を申請者以外(代理人)にする場合は、委任状欄に申請者と代理人の住所氏名の記入、押印をしてください。
---	--