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	
被保険者番号	
公費負担者番号	
公費受給者番号	

個人番号		
療養を受けた	被保険者氏名	
	生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日

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（　　—　　）円 ×（　　）回 ＝（　　）円 ロ（　　—　　）円 ×（　　）回 ＝（　　）円 ハ（　　—　　）円 ×（　　）回 ＝（　　）円 ニ（　　—　　）円 ×（　　）回 ＝（　　）円 ホ　却下（理由：　　）	合　計

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 左詰記載して下さい				
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

※申請者と口座名義人が同じ場合、押印は省略できます。

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