

後期高齢者医療 食事療養 標準負担額差額支給申請書
生活療養

保険者番号	3 9 2 1	〇 〇 〇 〇	個人番号	1 2 3 4	5 6 7 8	9 0 1 2
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		広域 太郎 (男) 女
公費負担者番号				生年月日		明・大 (昭) 2 年 2 月 2 日
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	名称		
	所在地		
入院日数	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで		日間 回
入院に際して受けた	食事療養 生活療養	に対して支払った額（標準負担額）	24,180 円

減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由

減額認定証の提出を忘れたため
※理由をご記入ください。

口座振込先	金融機関名		口座種別
	〇〇	銀行・信用金庫 協同組合・信用組合 ()	柳津支 店 (普通) 当座
	口座番号		フリガナ
	1 2 3 4 5 6 7	口座名義人	コウイキ タロウ 広域 太郎

申請者と口座名義人が違う場合

上記名義人の口座への振込みを承諾します。

申請者 氏名

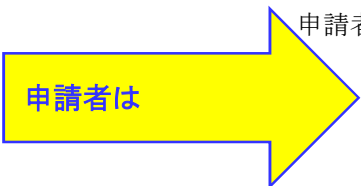
上記のとおり関係書類を添えて後期高齢者医療の

食事療養
生活療養

標準負担額差額の支給を申請します。

平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

岐阜県後期高齢者医療広域連合長 様



申請者 住 所 岐阜市柳津町〇-〇
氏 名 広域 太郎
電 話 (〇〇〇) 〇〇〇 - 〇〇〇〇

印
広域

【注意】字句の訂正方法について

- 訂正箇所には二重線を引き、訂正してください。
- 修正テープや修正液は使用しないでください。

- 同じ印鑑を使用してください。
- 朱肉を使用する印鑑をお願いします。

差額支給

申請書提出の際、必要となる書類等
・医療機関の領収書

広域連合受付印

市町村受付印

後期高齢者医療 食事療養 標準負担額差額支給申請書
生活療養

保険者番号	3 9 2 1 ○ ○ ○ ○	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
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
公費負担者番号			広域 太郎 (男) 女
公費受給者番号		生年月日	明・大 (昭) 2 年 2 月 2 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	名称		
	所在地		
入院日数	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで		日間 回

入院に際して受けた **食事療養** 生活療養 に対して支払った額（標準負担額） **24,180** 円

減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由 **減額認定証の提出を忘れたため**
※理由をご記入ください。

申請者以外の口座へ振込む場合は、申請者名を記入し、押印の上、口座名義人欄に振込先となる口座名義人を記入してください。

口座振込先	金融機関名	銀行・信用金庫 協同組合・信用組合 ()	口座種別
		柳津支 店	普通・当座
	口座番号	フリガナ	
	7 6 5 4 3 2 1	口座名義人	コウイキ ハナコ 広域 花子

申請者と口座名義人が違う場合 上記名義人の口座への振込みを承諾します。申請者 氏名 **広域 太郎** (印)

上記のとおり関係書類を添えて後期高齢者医療の **食事療養** 生活療養 標準負担額差額の支給を申請します。

平成 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日
岐阜県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者 住所 **岐阜市柳津町○-○**
氏名 **広域 太郎** (印)
電話 (○○○) ○○○ - ○○○○ (印)

申請者は

【注意】字句の訂正方法について
・訂正箇所には二重線を引き、訂正してください。
・修正テープや修正液は使用しないでください。

・同じ印鑑を使用してください。
・朱肉を使用する印鑑をお願いします。

差額支給	二 () 円 × () 回 = () 円) 日 = () 円) 日 = () 円) 円
	三 () 円 × () 回 = () 円		
申請書提出の際、必要となる書類等 ・医療機関の領収書			

広域連合受付印 市町村受付印