

被保険者本人が申請する場合

後期高齢者医療

食事療養  
生活療養

標準負担額差額支給申請書

個人番号がわからない場合は記入しなくてもかまいません。

保険者番号	3	9	2	1	0	0	0	0	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3
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		昭和 3年 3月 3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	

負傷等の原因が交通事故等第三者行為による場合は1を、それ以外の場合は2に○を記入してください。

入院日数	年	月	日	年	月	日	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 など 理由をご記入ください。
-------------------------	-------------------------------

発病又は負傷の理由	1: 第三者行為（交通事故等）	2: その他（疾病等・自損事故）
-----------	-----------------	------------------

疾病又は負傷が第三者の行為によるものであるときはその者の住所及び氏名	住所	
	氏名	

負傷等の原因が交通事故等第三者行為であり加害者が判明している場合は加害者の住所氏名を記入ください。

口座振込先	金融機関名	銀行・信用金庫	農協・信用組合	連合	店	普通	当座		
	口座番号	フリガナ		コウイキ タロウ					
	1	2	3	4	5	6	7	口座名義人	広域 太郎

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

郵便番号 500-0000  
住所 岐阜市柳津町〇-〇  
氏名 広域 太郎  
電話 (〇〇〇) 〇〇〇-△△△△

同じ印鑑（認印）を使用してください。

印

捨印

印

被保険者以外が申請する場合及び被保険者以外の口座に振込みを希望される場合は以下の欄にも記入・押印をしてください。

委任欄	岐阜県後期高齢者医療広域連合長 様
	私はこの食事・生活療養差額支給申請書の提出により支給される食事・生活療養差額の申請、受領について下記の者に委任します。
	委任する人（被保険者） 住所 氏名
	委任を受ける人 住所 氏名
	委任する人（被保険者）との関係

申請書提出の際、必要となる添付書類等・医療機関の領収書等（療養の種類によって異なりますので、詳しくは市町村の担当窓口にお問合せください。）

以下の欄は記入不要です。

差額支給	イ ( ) 円 × ( ) 回 = ( ) 円	合計
	ロ ( ) 円 × ( ) 回 = ( ) 円	
	ハ ( ) 円 × ( ) 回 = ( ) 円	
	ニ ( ) 円 × ( ) 回 = ( ) 円	
	ホ ( ) 円 × ( ) 回 + ( ) 円 × ( ) 日 = ( ) 円	
	ヘ ( ) 円 × ( ) 回 + ( ) 円 × ( ) 日 = ( ) 円	
ト 却下（理由：）		

注意：字句の訂正について

訂正箇所には二重線を引き、訂正印（申請者の印と同じもの）を押印してください。また、修正テープや修正液は使用しないでください。

広域連合受付印

市町村受付印

申請者が被保険者で、振込口座が被保険者の口座でない場合

後期高齢者医療

食事療養  
生活療養

標準負担額差額支給申請書

個人番号がわからない場合は記入しなくてもかまいません。

保険者番号	3	9	2	1	0	0	0	0	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3
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		昭和 3年 3月 3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	

負傷等の原因が交通事故等第三者行為による場合は1を、それ以外の場合は2に○を記入してください。

入院日数	年	月	日	年	月	日	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 など 理由をご記入ください。
-------------------------	-------------------------------

発病又は負傷の理由	1: 第三者行為（交通事故等）	2: その他（疾病等・自損事故）
-----------	-----------------	------------------

疾病又は負傷が第三者の行為によるものであるときはその者の住所及び氏名	住所	
	氏名	

負傷等の原因が交通事故等第三者行為であり加害者が判明している場合は加害者の住所氏名を記入ください。

口座振込先	金融機関名	銀行・信用金庫 農協・信用組合 ( )	店	口座種別	普通・当座 ( )
	口座番号	フリガナ	ギフ サキコ		
	口座名義人		岐阜 咲子		

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

郵便番号 500-0000  
住所 岐阜市柳津町〇-〇  
氏名 広域 太郎  
電話 (〇〇〇) 〇〇〇-△△△△

同じ印鑑（認印）を使用してください。



捨印



被保険者以外が申請する場合及び被保険者以外の口座に振込みを希望される場合は以下の欄にも記入・押印をしてください。

委任欄	岐阜県後期高齢者医療広域連合長 様
	私はこの食事・生活療養差額支給申請書の提出により支給される食事・生活療養差額の申請、受領について下記の者に委任します。
	委任する人（被保険者） 住所 氏名
	委任を受ける人 住所 氏名
	委任する人（被保険者）との関係

申請書提出の際、必要となる添付書類等・医療機関の領収書等（療養の種類によって異なりますので、詳しくは市町村の担当窓口にお問合せください。）

以下の欄は記入不要です。

差額支給	イ ( ) 円 × ( ) 回 = ( ) 円	合計
	ロ ( ) 円 × ( ) 回 = ( ) 円	
	ハ ( ) 円 × ( ) 回 = ( ) 円	
	ニ ( ) 円 × ( ) 回 = ( ) 円	
	ホ ( ) 円 × ( ) 回 + ( ) 円 × ( ) 日 = ( ) 円	
	ヘ ( ) 円 × ( ) 回 + ( ) 円 × ( ) 日 = ( ) 円	
ト 却下（理由：）		

注意：字句の訂正について

訂正箇所には二重線を引き、訂正印（申請者の印と同じもの）を押印してください。また、修正テープや修正液は使用しないでください。

広域連合受付印

市町村受付印

被保険者以外の方が申請する場合

後期高齢者医療

食事療養  
生活療養

標準負担額差額支給申請書

個人番号がわからない場合は記入しなくてもかまいません。

保険者番号	3	9	2	1	0	0	0	0	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3
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		昭和 3年 3月 3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	

負傷等の原因が交通事故等第三者行為による場合は1を、それ以外の場合は2に○を記入してください。

入院日数	年	月	日	年	月	日	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 など 理由をご記入ください。
-------------------------	-------------------------------

発病又は負傷の理由	1: 第三者行為（交通事故等）	2: その他（疾病等・自損事故）
-----------	-----------------	------------------

疾病又は負傷が第三者の行為によるものであるときはその者の住所及び氏名	住所	
	氏名	

負傷等の原因が交通事故等第三者行為であり加害者が判明している場合は加害者の住所氏名を記入ください。

口座振込先	金融機関名	銀行・信用金庫	農協・信用組合	連合	(店)	普通	当座		
	口座番号	フリガナ		ギフ サキコ					
	1	2	3	4	5	6	8	口座名義人	岐阜 咲子
	口座種別								

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

郵便番号 500-0000  
住所 岐阜市柳津町〇-〇  
氏名 広域 花子  
電話 (〇〇〇) 〇〇〇-△△△△

同じ印鑑（認印）を使用してください。

委任を受けた方の印鑑を押印して下さい。

印

捨印

印

被保険者以外が申請する場合及び被保険者以外の口座に振込みを希望される場合は以下の欄にも記入・押印をしてください。

委任欄	岐阜県後期高齢者医療広域連合長 様
	私はこの食事・生活療養差額支給申請書の提出により支給される食事・生活療養差額の申請、受領について下記の者に委任します。
	委任する人（被保険者） 住所 岐阜市柳津町〇-〇 氏名 広域 太郎
	委任を受ける人 住所 岐阜市柳津町〇-〇 氏名 広域 花子
	委任する人（被保険者）との関係 妻

委任する方の印鑑（認印）を押印して下さい。

印

申請書提出の際、必要となる添付書類等・医療機関の領収書等（療養の種類によって異なりますので、詳しくは市町村の担当窓口にお問合せください。）

以下の欄は記入不要です。

差額支給	イ ( ) 円 × ( ) 回 = ( ) 円	合計
	ロ ( ) 円 × ( ) 回 = ( ) 円	
	ハ ( ) 円 × ( ) 回 = ( ) 円	
	ニ ( ) 円 × ( ) 回 = ( ) 円	
	ホ ( ) 円 × ( ) 回 + ( ) 円 × ( ) 日 = ( ) 円	
	ヘ ( ) 円 × ( ) 回 + ( ) 円 × ( ) 日 = ( ) 円	
ト 却下（理由：）		

注意：字句の訂正について

訂正箇所には二重線を引き、訂正印（申請者の印と同じもの）を押印してください。また、修正テープや修正液は使用しないでください。

広域連合受付印

市町村受付印