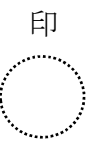


後期高齢者医療 食事療養 標準負担額差額支給申請書
生活療養

保険者番号	3 9 2 1	個人番号	
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			男・女
公費受給者番号			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	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）	円
減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由			
口座振込先	金融機関名		口座種別
	銀行・信用金庫 協同組合・信用組合 () 店		普通・当座
	口座番号	フリガナ	
		口座名義人	
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 (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 標準負担額差額の支給を申請します。 生活療養 年 月 日 岐阜県後期高齢者医療広域連合長 様 申請者 住 所 氏 名 (印) 電 話 () -			



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:)	
		円

広域連合受付印 市町村受付印