

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		個人番号		
被保険者番号		療 受 養 け を た	被保険者氏名	
公費負担者番号			生 年 月 日	明・大・昭 年 月 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	区分Ⅰ・区分Ⅱ	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)		

差 額 支 給	イ	(-) 円 × () = () 円	合 計	
	ロ	(-) 円 × () = () 円		
	ハ	(-) 円 × () = () 円		
	ニ	(-) 円 × () = () 円		
	ホ	却下 (理由:)		
円				

振 込 先		銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合 ()		本店 支店 出張所 ()	預金種別	1 普通 2 当座 4 貯蓄
	口座番号 (7桁)	※右詰でご記入ください。				
	口座名義人	(カナ) _____ ----- (漢字) _____				

※姓と名の間は1字あけてください。

公金受取口座を利用します。
 ※給付金の受取口座として、公金受取口座を希望する場合は、「 公金受取口座を利用します」にチェック(✓)してください。
 ※公金受取口座を利用する場合は、口座情報の記載は必要ありませんが、記載があった場合は上記口座への振込を優先します。

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

鹿児島県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者 郵便番号 〒 _____

住 所 _____

氏 名 _____

電 話 番 号 _____

■市町村確認欄 (収納状況)	
未納	支給方法 特別な理由等 (未納『有』で支給方法『口座』の場合記入)
有・無	口座・窓口 <input type="checkbox"/> 納付誓約 <input type="checkbox"/> 減免該当 <input type="checkbox"/> 長期入院等 <input type="checkbox"/> 住所地特例 <input type="checkbox"/> その他 ()

後期高齢者医療食事療養差額支給申請書

記入例

受付日 年 月 日
決定日 年 月 日

Table with insurance numbers and personal information. Includes fields for insurance number, insured person number, public fee payer number, and public fee recipient number, along with personal details like name and birth date.

Table for reduction certification details. Includes fields for payment category (区分I, II), applicable date (令和4年8月1日), and long-term date (令和5年5月1日).

Table for medical facility information. Includes fields for hospital name (資格病院), address (鹿児島市鴨池新町), and hospital stay dates (令和4年12月1日 to 令和4年12月31日).

Table for payment and reason details. Includes fields for amount paid (19,530円), reason for reduction certification (長期入院に該当したため), and reasons for illness (第三者行為, その他).

Table for difference payment calculation. Shows calculations for items イ through ホ, resulting in a total difference payment of 4,650円.

Table for payment details. Includes fields for bank name (銀行), branch (鴨池), account number (0002345), and recipient name (広城 太郎).

公金受取口座を利用します。
※給付金の受取口座として、公金受取口座を希望する場合は、「公金受取口座を利用します」にチェック(✓)してください。

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。
令和5年4月15日
鹿児島県後期高齢者医療広域連合長 様
申請者 郵便番号 〒 890 - 0046
住所 鹿児島市鴨池新町□□番地
氏名 広城 太郎
電話番号 099-206-1398

Table for confirmation status (市町村確認欄). Includes fields for payment status (未納, 有・無), payment method (口座・窓口), and special reasons (特別な理由等).