様式第４号（第６条関係）

後　期　高　齢　者　医　療
食事（生活）療養差額支給申請書

保険者番号	3	9	0	3				
被保険者番号								
公費負担番号								
公費受給者番号								／

個人番号	
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下さい。			
交付区分		適用年月日	平成　　年　　月　　日
交付年月日	平成　　年　　月　　日	長期該当年月日	平成　　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名又は施術師	
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（生活）療養に対し支払った額（標準負担額）　　円	
減額認定証を交付申請又は提出できなかった理由	
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×（　　）回＝（　　）円 ロ（　　－　　）円×（　　）回＝（　　）円 ハ（　　－　　）円×（　　）回＝（　　）円 ニ（　　－　　）円×（　　）回＝（　　）円 ホ　却下（理由：　　）	合　計　　円

該当するものに○をつけて下さい。該当するものがない場合は（　）内に記載して下さい。網掛けの中は記載不要です。

振込先口座																					
銀行 信用金庫 農協 （　　）								支店 支所 出張所 （　　）							預金種別			普通 当座			
口座番号																					
カタカナ																					
口座名義人																					

口座番号は右詰めで記載してください。　カタカナは左詰め、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、関係書類を添えて後期高齢者医療の食事（生活）負担額差額の支給を申請します。

平成　　年　　月　　日

岩手県後期高齢者医療広域連合長　様

〒　　－

申請者　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿－＿＿＿＿＿－＿＿＿＿＿＿

市町村受付確認		市町村入力確認		広域審査確認	