

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				個人番号											
被保険者番号								被保険者 氏 名											
公費負担番号									生年月日	年 月 日									
公費受給者番号																			

減額認定の内容を記載して下さい。			
限 度 区 分		適 用 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 機関名又は施術師			
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（生活）療養に対し支払った額（標準負担額）			円
減額認定を受けていることの確認を受けなかった理由			
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	合 計	
	ロ	(-)	円 × ()	回 = ()	円		
	ハ	(-)	円 × ()	回 = ()	円		
	ニ	(-)	円 × ()	回 = ()	円		
	ホ	却下（理由： ）					

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。	
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	
---------	--	---------	--	--------	--