

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	
公費受給者番号			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	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。					

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

保険者番号	39460000	個人番号	123456789012	
被保険者番号	0001234	療養を受けた	被保険者氏名	広城 太郎
公費負担者番号			生年月日	明・(大)・昭 10年7月4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	令和元年5月1日
交付年月日	令和元年5月5日	長期該当年月日	令和元年6月1日

診療を受けた医療機関等の所在地	資格病院	減額認定証の内容を記入すること
診療を受けた医療機関等	鹿児島市鴨池新町〇〇番〇〇号	
入院日数	令和元年7月1日 から 令和元年7月31日 まで 31 日間 93 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) 19,530 円

減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由

長期入院に該当したため。

理由を記入すること

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	(210 - 160) 円 × (93) = (4,650) 円	合計 4,650 円
	ロ	() 円 × () = () 円	
	ハ	() 円 × () = () 円	
	ニ	() 円 × () = () 円	
	ホ	却下(理由:)	

振込先	給付	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合 ()	鴨池	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)	0002345	※右詰でご記入ください。			
	口座名義人	(カナ) キュウフ ウメコ (漢字) 給付 ウメ子	※姓と名の間は1字あけてください。			

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。

令和元年5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 鹿児島市鴨池新町〇〇番地

氏名 広城 太郎

電話番号 099-206-1398

申請者は被保険者

■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 checked="" type="checkbox"/> 長期入院等 <input type="checkbox"/> 住所地特例 <input type="checkbox"/> その他()