

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

個人番号はわからない場合、空欄可

保険者番号	3	9	2	1	0	0	0	0	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2		
被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	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		昭和〇〇年〇〇月〇〇日										
公費受給者番号																							

減額認定証の内容を記載してください。

適用年月日＝発効期日

交付区分	区分 I				適用年月日	令和 6年 8月 1日			
交付年月日	令和 6年 8月 1日				長期該当年月日	年 月 日			

診療を受けた医療機関等	名称	〇〇病院																		
	所在地	岐阜市〇〇町〇-〇																		

入院日数 令和 6年 8月 1日 から 令和 6年 8月 10日 まで 10日間 30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） 13,800 円

減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由 入院時に持参しなかったため。

発病又は負傷の理由 1: 第三者行為（交通事故等） 2: その他（疾病等・自損事故）

疾病又は負傷が第三者の行為によるものであるときはその者の住所及び氏名

受取口座 被保険者の公金受取口座を利用します。 ※給付金等の受取口座として、国に事前に登録し上記の「 被保険者の公金受取口座を利用し」 ※公金受取口座を利用する場合は、口座情報の記

公金受取口座を希望される場合は、チェックボックスにチェックを入れてください。その場合、振込先の記入は不要です。 ※「公金受取口座」とはマイナンバーカード作成時等に登録したマイナポータルにて確認できる口座のことです。

振込先	金融機関名										口座種別											
	〇〇					銀行・信用金庫 農協・信用組合					△△支 (店)					普通・当座						
	口座番号					フリガナ					コウイキ ハナコ											
	1	2	3	4	5	6	7	口座名義人					広城 花子									

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。

令和△△年 △△月 △△日

(あて先) 岐阜県後期高齢者医療広域連合長
申請者 郵便番号 501-6111
住所 岐阜市柳津町宮東1丁目1番地
氏名 広城 太郎
電話 (〇〇〇) □□□ - △△△△

被保険者以外が申請する場合は以下の欄にも記入をしてください。

委任欄	(あて先) 岐阜県後期高齢者医療広域連合長																		
	私はこの食事・生活療養差額支給申請を下記の者に委任しま																		
	委任する人（被保険者）																		
	住所																		
	氏名																		
委任を受ける人																			
住所																			
氏名																			
委任する人（被保険者）との関係																			

申請書提出の際、必要となる添付書類等・医療機関の領収書等（療養の種類によって異なりますので、詳しくは市町村の担当窓口にお問い合わせください。）

この委任欄については以下のとおりです。
・申請者は被保険者本人⇒記載なし
・申請者は相続人（被保険者死亡）⇒記載なし、ただし申立・誓約書が必要
・申請者は被保険者以外（被保険者存命）⇒記載必要

以下の欄は記入不要です。

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:)		