

後 期 高 齢 者 医 療
食 事（生活）療養差額支給申請書

受付印

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
公費負担者番号			氏名
公費受給者番号			生年月日

高齢者の医療の確保に関する法律施行規則（平成 19 年厚生労働省令第 129 号。以下「省令」という。）
第 67 条第 2 項の規定による資格確認書の内容を記載してください。

交 付 区 分		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（生活）療養に対し支払った額（標準負担額） 円	
省令第 67 条第 2 項の規定による資格確認書の交付申請又は提出ができなかった理由 1. 長期入院申請日以降長期入院該当年月日前の入院期間であったため 2. 区分Ⅱの省令第 67 条第 2 項の規定による資格確認書の発効期日より入院 91 日目以降長期入院該当年月日前 の入院期間であったため 3. 精算後同月に省令第 67 条第 2 項の規定による資格確認書を申請し医療機関に提示できなかったため 4. その他（ ）	
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×（ ）日＝（ ）円 ホ 却下（理由： ） 合計 円

振 込 先	銀 行	本 店	普 通 当 座 その他 （ ）	口座番号	
	信用金庫	支 店		口 座 名 義 人 （ カ タ カ ナ ）	
	農 協	出 張 所			
	（ ）	※金融機関コード			

※欄は記入しないでください。

上記のとおり関係書類を添えて申請します。		受付
年 月 日		
愛媛県後期高齢者医療広域連合長 様		入力
申請者	住 所	
	氏 名	
	連絡先（電話）（ ）	確認

委任状

令和 年 月 日

愛媛県後期高齢者医療広域連合長 様

私が愛媛県後期高齢者医療広域連合より支払いを受ける、標記の受領に関する権限を委任します。

委任者 (申請者)	受任者 (口座名義)
住所	住所
氏名	氏名

念書

令和 年 月 日

愛媛県後期高齢者医療広域連合長 様

死亡者	氏名
相続人	住所
	氏名
	続柄

年 月 日 の死亡により、後期高齢者医療の標記申請及び受領について、相続人の間で異議が生じても、私が全責任をもって解決し、愛媛県後期高齢者医療広域連合には一切ご迷惑はおかけいたしません。

【申請に必要な添付書類】

- ・入院期間（日数）、支払った標準負担額等（生活療養標準負担額）を証明する領収書等