受付印

後期高齢者医療
食事（生活）療養差額支給申請書

受付日　令和　年　月　日
決定日　令和　年　月　日

保険者番号		個人番号			
被保険者番号		療養を受けた	被保険者氏名		
公費負担者番号					
公費受給者番号			生年月日	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		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
減額認定証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の減額認定証発効期日より入院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．精算後同月に減額認定証を申請し医療機関に提示できなかったため 4．その他（　　）	

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 信用金庫 農協 （　）	本店 支店 出張所 支所 ※金融機関コード	普通 当座 その他 （　）	口座番号	
				口座名義人（カタカナ）	

※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。

令和　年　月　日
愛媛県後期高齢者医療広域連合長　様

申請者　住所

氏名

連絡先（電話）（　　）　－

受付
入力
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、表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、後期高齢者医療の表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。

【申請に必要となる添付書類】

- 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