後 期 高 齢 者 医 療
食事療養等差額支給申請書

受付日　　年　　月　　日
決定日　　年　　月　　日

保険者番号	3901	療養を受けた	被保険者氏名	
被保険者番号				
公費負担者番号			生年月日	年　月　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		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等に対し支払った額（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	

差額支給	イ（　－　）円 × （　）回 ＝ （　）円 ロ（　－　）円 × （　）回 ＝ （　）円 ハ（　－　）円 × （　）回 ＝ （　）円 ニ（　－　）円 × （　）回 ＝ （　）円 ホ　却下（理由：　）	合　計

該当するものに○を付けてください。該当するものがない場合は（）内に記載してください。網掛けの中は記載不要です。

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 （　）	本店 本所 支店 （　）	預金種別	普通 当座 （　）
口座名義人（カタカナ）				
口座番号等 左詰めで記載	金融機関（ゆうちょ銀行以外）			
	ゆうちょ銀行 ※ 振込用の**店番（3桁）・口座番号（7桁）**が必要です。	店番	口座番号	

口座名義人はカタカナで上段より左詰めで記入してください。濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字空けてください。

北海道後期高齢者医療広域連合長様

上記のとおり、関係書類を添えて食事療養等差額の支給を申請します。

年　月　日

申請者　住　所（〒　－　）

氏　名　　印

電話番号