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	
被保険者番号	
公費負担者番号	
公費受給者番号	

療養を受けた		
	個人番号（マイナンバー）	
	被保険者氏名	
	生年月日	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．寝たきり、独居漏示、施設入居等のため。 2．月の途中で長期入院該当になったため。 3．急な入院のため。	

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

該当するものに○をつけてください。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・支店 （　　）	預金種別	普通 当座 （　　）
口座番号等 左詰記載して下さい				
口座名義人 （カタカナ）				

口座名義人はカタカナで上段より左づ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字あけてください。

上記のとおりに療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。
令和　　年　　月　　日
大分県後期高齢者医療広域連合長様
〒　　－
申請者　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　連絡先＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

委任状	
	令和　　年　　月　　日 上記療養に要した費用の受領に関する一切の権限を＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿に委任します。 委任者　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【記入例】 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								
被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7
公費負担者番号								
公費受給者番号								

療養を受けた		
	個人番号（マイナンバー）	1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
	被保険者氏名	広域　太郎
	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. 寝たきり、独居漏示、施設入居等のため。
2. 月の途中で長期入院該当になったため。
3. 急な入院のため。

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

該当するものに○をつけてください。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																				
	ゆうちょ				銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 （　）				七二八				本店 支店 （　）			預金種別	普通 当座 （　）			
口座番号等 左詰記載して下さい	0	1	2	3	4	5	6													
口座名義人（カタカナ）	コ	ウ	イ	キ		タ	ロ	ウ												

口座名義人はカタカナで上段より左づ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字あけてください。

上記のとおりに療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。
令和 ** 年 ** 月 ** 日
大分県後期高齢者医療広域連合長様

申請者　〒 870－0037
住　所　大分市東春日町17番20号
氏　名　広域　太郎　　連絡先　097-534－1771

委任状	
	令和　年　月　日
	上記療養に要した費用の受領に関する一切の権限を＿＿＿＿＿＿＿＿に委任します。
	委任者　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿　氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿