

後 期 高 齢 者 医 療
一 部 負 担 金 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			
療受 養け をた	個人番号		
	被保険者氏名		
	生年月日	明治・大正・昭和	年 月 日

診療年月	年 月	診療日数			日
------	-----	------	--	--	---

診療を受けた 医 療 機 関		名 称	所 在 地
	イ		
	ロ		
	ハ		
	ニ		
	ホ		

受けた療養に対し支払った額（合計）	円
-------------------	---

差額が発生した理由

差 額 支 給	支払った額	一部負担金	支給金額	合 計 円
	イ（ ）円	－（ ）円	=（ ）円	
	ロ（ ）円	－（ ）円	=（ ）円	
	ハ（ ）円	－（ ）円	=（ ）円	
	ニ（ ）円	－（ ）円	=（ ）円	
	ホ（ ）円	－（ ）円	=（ ）円	
へ 却下（理由： ）				

【振込先口座】 ①受取口座情報 または ②公金受取口座利用 のいずれかを選択して記入してください。
①受取口座情報 受取を希望される口座情報を記入してください。

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 貯 蓄
口 座 番 号 左 詰 記 載 して 下 さい				
口 座 名 義 人 (カ タ カ ナ)				

②公金受取口座利用 公金受取口座の利用を希望される場合はチェック（✓）してください。

☐ 公金受取口座を希望します。（被保険者本人が受け取る場合のみ）

※公金受取口座を利用するためには、マイナポータル等による被保険者本人の公金受取口座の事前登録が必要です。
※①受取口座情報に記入があり、かつ②公金受取口座利用にチェック（✓）がついていた場合、①受取口座情報の登録が優先されます。

山口県後期高齢者医療広域連合長 様	
上記のとおりに関係書類を添えて後期高齢者医療の一部負担金差額の支給を申請します。	
年 月 日	
申請者	住 所
	氏 名
	連絡先