

後 期 高 齡 者 医 療
食 事 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

[illegible]

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	
減額認定を受けていることの確認を受けなかった理由			
長期入院申請日以降、長期入院該当年月日前のため。			
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）		

[illegible]

【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 信 用 金 庫 信 用 組 合 協 同 組 合						本店・支店 ()				預金種別	普通座 ()	
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（食事・生活）療養費 差額の支給を申請します。

令和 年 月 日

申請者

住所

氏 名

連絡先