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		療養を受けた	個人番号		
被保険者番号			被保険者氏名		
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	平成　年　月　日
交付年月日	平成　年　月　日	長期該当年月日	平成　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法に対し支払った額（標準負担額）	
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 農協・漁協 （　）	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。

上記のとおりに関係書類を添えて後期高齢者医療の食事負担額差額の支給を申請します。

年　月　日

長崎県後期高齢者医療広域連合長　様

申請者　住　所

氏　名　　印

連絡先電話