

後期高齢者医療食事・生活療養標準負担額差額支給申請書

保険者番号		個人番号	
被保険者番号	0	被保険者氏名	
公費負担者番号			
公費受給者番号		生年月日	明・大・昭 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 ~	年 月 日 日間	食事回数 回
入院中の食事に対して支払った額(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			
傷病の原因	<input type="checkbox"/> 第三者行為(交通事故等) <input type="checkbox"/> 第三者行為(交通事故等)以外		

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:)	

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	本店 支店 出張所 ()	預金種別	普通 当座 貯蓄
	金融機関コード(4桁)と店舗コード(3桁)が分かる場合は記入してください。 ⇒			
口座番号				
口座名義人(カタカナ)				

ゆうちょ銀行の場合は、振込用の店名(漢数字)・預金種目・口座番号を記入してください。

上記のとおりに関係書類を添えて食事療養・生活療養に係る標準負担額差額の支給を申請します。

年 月 日

(宛先)京都府後期高齢者医療広域連合長

〒

申請者 住所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____