

# 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

個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	
被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7	被保険者氏名 広域 次郎
公費負担者番号		
公費受給者番号		生年月日 明・大昭 11年 1月 1日

○被保険者の氏名等を記入してください。  
 ○被保険者番号は、保険証に記載されている番号を記入してください。  
 ○個人番号（マイナンバー）は、通知カード、マイナンバーカード等に記載されている番号を記載してください。

診療を受けた医療機関等の所在地	京都市下京区〇〇〇〇〇〇〇〇〇 1 2 3 番地		
診療を受けた医療機関等	広域業務大学医学部附属病院		
入院日数	令和2年8月1日～令和2年8月21日 21日間	食事回数	63回
入院中の食事に対して支払った額（標準負担額）	28,980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	独居の緊急入院で限度額適用・標準負担額減額認定証交付申請に行くことができなかったため		
傷病の原因	<input type="checkbox"/> 第三者行為（交通事故等） <input checked="" type="checkbox"/> 第三者行為（交通事故等）以外		

○診療を受けた医療機関の所在地等を記入してください。

○交通事故や傷害等、加害者の行為が原因で負傷され、治療用の装具を作成された場合、「第三者の行為（交通事故等）」をチェックしてください。  
 それ以外の場合は「第三者の行為（交通事故等）以外」をチェックしてください。

※金額は職員が記入しますので記入不要です。

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	京都広域	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
	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。 ⇒ 9 9 9 9 0 1 2				当座 貯蓄
口座番号	0 1 2 3 4 5 6				
口座名義人(カタカナ)	コウイキシ、ロウ				

○振込を希望する金融機関の名称、支店名、預金種別、口座番号、口座名義人を記入してください。  
 ○金融機関コード（4桁）が不明な場合は空白にしてください（支店コード（3桁）は記入をお願いします。）。  
**※口座番号等の記入誤りを防ぐため、キャッシュカードや預（貯）金通帳等の提示をお願いします。**  
**※振込口座等の記入内容に誤りがあった場合は、振込予定日に入金できない可能性があります。**

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。  
 令和2年9月1日  
 (宛先) 京都府後期高齢者医療広域連合長 〒600-000  
 申請者 住所 京都市下京区烏丸通四条下る〇〇町〇〇番地  
 氏名 広域 次郎  
 電話番号 075-●●●●-●●●●

○申請日、申請される方のご住所、氏名を記入してください。  
 ○申請書の提出者や食事・生活療養標準負担額差額の受領者は原則として被保険者本人となります。委任する場合は別途委任状により、代理権が授与されていることを証する必要があるため、申請書と併せて委任状を提出してください。

※申請には領収書等の添付が必要になります。