別記第22号様式（第18条、第19条関係）

後期高齢者医療 食事療養差額支給申請書

受付日　令和　　年　　月　　日
決定日　　　　　年　　月　　日

保険者番号	3 9 1 3 1 0 7 3	個人番号		
被保険者番号		療養を受けた	被保険者氏名	
公費負担者番号				
公費受給者番号			生年月日	明治・大正・昭和　　年　　月　　日

自己負担限度額適用区分等の記載内容			
適用区分		適用年月日	令和　　年　　月　　日
交付年月日	令和　　年　　月　　日	長期該当年月日	令和　　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	令和　　年　　月　　日から　令和　　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	
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）

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：　　　　　　　）	円

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（ ）内に記入してください。網掛けの中は記載不要です。

公金受取口座	□マイナポータルに登録した公金受取口座を利用します。（被保険者本人のみ利用可） ※マイナポータルに登録した口座を利用する場合は☑を入れ、振込先口座（下記太枠部）は記入しないでください。 ※公金受取口座を利用できるのは被保険者本人のみです。 ※マイナポータルに口座を登録していない場合や、被保険者本人以外の方の口座は利用できません。

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 信協同組合 （　　）	本店・支店 （　　）	預金種別	普通 当座 （　　）
口座番号 左詰めで記載してください				
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詰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字空けてください。

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。

令和　　年　　月　　日

東京都後期高齢者医療広域連合長宛

申請者　住　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
連絡先 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

3.5　身元確認　1点確認書類（個人番号カード　免許証　旅券　身体障がい者手帳　在留カード　その他（　　　　　　））
2点確認書類（資格確認書　介護保険証　勧奨送付の申請書　その他（　　　　　））
番号確認　（個人番号カード　通知カード　番号付き住民票の写し　e－SUITE）
（　緑　・　文花　・　東向島　・　墨田二丁目　）　担当者（　　　　　　）