

後 期 高 齢 者 医 療 養 差 額 支 給 申 請 書

赤い字の所の記入をお願いします。

決定日	年	月	日	個人番号														
保険者番号	3	9	1	3	1	0	7	3										
被保険者番号	X	X	X	X	X	X	X	X	療 受 養 け を た	被保険者氏名	墨田 花子							
公費負担者番号										生年月日	明治・大正	昭和	〇〇	年	××	月	△△	日
公費受給者番号																		

減額認定証の内容を記載して下さい。

交付区分		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								
入院日数	平成	年	記載不要です	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	いずれかに○してください							
発病又は負傷の理由	1: 第三者行為(交通事故等)相手方		2: その他(自損事故・疾病等)					

差額支給	イ () 円 × () 回 = () 円	ロ () 円 × () 回 = () 円	ハ () 円 × () 回 = () 円	ニ () 円 × () 回 = () 円	本 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

ゆうちょ銀行の場合、支店名は通帳を開いて1ページ目の一番下にあります。

振込先	銀	信用金庫	信用組合	協同組合	()	本店(支店)	預金種別	普通当座
口座番号	X	X	X	X	X	X	X	
口座名義人(カタカナ)	ス	ミ	タ	・	ハ	ナ	コ	

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。

ご本人以外の口座に振り込みをご希望の場合は委任状が必要になります。

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 墨田区××× △丁目〇-〇

※食事代差額の支給には3~4か月かかります。

名 墨田 花子
連絡先 XXX(XXXX)XXXX

28.1 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(保険証 介護保険証 通帳 公共料金の領収書 勸奨送付の申請書 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)