

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

太枠内に記入してください。また、該当するものに○をつけ、該当するものがない場合は()内に記入してください。

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

減額認定証の記載内容			
適用区分		発効期日	年 月 日
交付年月日	年 月 日	長期該当年月日	年 月 日

診療を受けた医療機関の所在地			
診療を受けた医療機関の名称			
入院期間及び日数	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	円		
減額認定証の交付申請又は医療機関への提出ができなかったやむを得ない理由			

() 円 × () 回 = () 円	合計
() 円 × () 回 = () 円	
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。

上記のとおり証拠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 印
	電話番号