

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	☐ 長期該当申請日以降の申請月分の差額支給のため												
傷病の原因	☐ 第三者行為（交通事故等） ☐ 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:)	
		円

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