

後期高齢者医療
食事療養差額支給申請書

記入例

保険者番号	3 9 1 2 2 0 7 2	個人番号	.....
被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8	被保険者氏名	松戸 花子
公費負担者番号	.....	生年月日	昭和 1年 1月 1日
公費受給者番号	.....	

減額認定証の内容を記載してください。

交	.....	年 月 日	.....	年 月 日
交	.....	年 月 日	.....	年 月 日

記入不要

交通事故による治療でなければ「2」、「疾病等」に○をお付けください。

入院日数	.....	年 月 日 から	.....	年	.....	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)	.....				
減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由	.....				
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)			

イ ()円	記入不要	合計
ロ ()円		
ハ ()円		
ニ ()円		
ホ 却下(理)		

該当するものに記載不要です。.....場合は()内に記載してください。網掛けの中は記載不要です。

振込先	松戸	銀行	駅前	本店・支店	預金種別
		信用金庫	金融機関番号/店番号	()	普通
		信用組合	(記入不要)		当座
		協同組合			()
		()			

口座番号等	1 2 3 4 5 6 7
口座名義人	マツト ハナコ
(カタカナ)	

被保険者名義の口座をご記入ください。被保険者以外の口座に振り込む場合は「委任状」が必要となります。

受取口座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。 ※給付金等の受取口座として、.....場合は、「 <input type="checkbox"/> 公金受取口座」 ※公金受取口座を利用する場合.....の添付等は不要です。
------	--

口座名義人はカタカナで上段より左詰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字あけてください。

上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。

令和 6年 1月 31日 ←記入日

被保険者名・住所をご記入ください(代筆可)。

(宛先)千葉県後期高齢者医療広域連合長

申請者 住所 松戸市根本387-5 コーポ松戸市役所999号
氏名 松戸 花子
電話番号 047-366-1111