## 後期高齢者医療食事療養差額支給申請書

| 受付日<br>決定日 年 月 日<br>保険者番号 個人番号<br>被保険者番号 療 受<br>公費負担者番号 養 け<br>を た 生年月日 年 月 日<br>診療を受けた医療<br>機関等の所在地<br>診療を受けた医療<br>機関等<br>入院日数 年 月 日 から 年 月 日 まで 日間<br>入院に際して受けた食事療法に対し支払った額 (標準負担額)  | /:/:/<br> |
|--|-----------|
| 被保険者番号 療受養けをた   公費受給者番号 をた生年月日   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   診療を受けた医療機関等   人院日数年月日 から年月日まで日間  |           |
| 公費負担者番号 養けをた生年月日   公費受給者番号 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   入院日数年月日から年月日まで日間   |           |
| 公費受給者番号 をた 生年月日 年 月 日   診療を受けた医療<br>機関等の所在地<br>診療を受けた医療<br>機関等 大院日数 年 月 日 から 年 月 日 まで 日間   |           |
| 機関等の所在地   診療を受けた医療<br>機関等   入院日数 年 月 日 から 年 月 日 まで 日間  |           |
| 診療を受けた医療<br>機関等 機関等   入院日数 年 月 日 から 年 月 日 まで 日間  |           |
|  |           |
| 入院に際して受けた食事療法に対し支払った額(標準負担額)   | 口         |
|  | 円         |
| 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)   |           |
| 差   イ( - )円×( )回= ( )円     垣( - )円×( )回= ( )円     額   ハ( - )円×( )回= ( )円     支   - )円×( )回= ( )円     給   - )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 ( ) 内に記載してください。網掛けの中は記載不要です。   |           |
| 銀 行 有 有 有 有 有 有 有 有 有 普 普  | 通         |
| ( ) 金<br>信用組合<br>協同組合  | 座         |
| (  | )         |
| 口座番号等  | :         |
| 右詰記載して下さい  | !         |
| 口座名義人  | <br>      |
| (カタカナ)   |           |
| 口座名義人はカタカナで上段より左づめで記入してください。 濁点・半濁点は1文字として、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。   |           |
| 年 月 日  |           |
| 鳥取県後期高齢者医療広域連合長様   |           |
| all the last of th |           |
| 申請者 <u>住 所</u>   |           |
| 申請者 住 所  |           |