

【記入例】

後期高齢者医療
療養費(負担割合差額)支給申請書

受付時使用欄
受付日 年 月 日
決定日 年 月 日
システム入力者
システム確認者

保険者番号 3 9 3 4 5 4 5 9
被保険者番号 ※保険情報の分かるものを参照のうえ記入してください。不明な場合は、空白でかまいません。
公費負担者番号
公費受給者番号
受療け養
被保険者氏名 神石 太郎
生年月日 M・T・S 15年 1月 1日

種類 負担割合差額 診療年月 令和〇年〇月
変更事由 基準収入額判定 世帯異動による判定 第三者の行為によるもの
負担区分 変更前 3割 令和〇年〇月〇日から令和〇年〇月〇日まで (令和〇年〇月〇日回収)
変更後 1割 令和〇年〇月〇日から (令和〇年〇月〇日交付) ※不明な場合は、空白でかまいませんが、必ず領収書を添付してください。

医療機関等での医療費合計額 ￥ 4 5 2 1 0 円 (A)
負担区分変更による差額 ￥ 9 0 4 2 円 (A) × 0.2 = (B)
支給済(高額療養費)額 ￥ 1 5 6 3 円 (C)
支給額(還付額) ￥ 7 4 7 9 円 (B) - (C)

※郵送される場合は、病院で支払った領収書と通帳等の写しを添付してください。

振込先 神石高原 銀行 神石高原 本店支店 () 預金種別 普通当座 ()
金融機関コード 支店コード
1 2 3 4 5 6 7
口座番号(右詰) 1 2 3 4 5 6 7 記号・番号
口座名義人(カタカナ) シンセキ タロウ

上記のとおり療養費(負担割合差額)の支給を申請します。
令和〇年〇月〇日
広島県後期高齢者医療広域連合長 様
申請者(委任されている場合は代理人)の住所・氏名等
住所 (〒720-1522) 神石郡神石高原町小島1701番地
氏名 神石 太郎 被保険者との関係 本人
電話番号 0847-89-3320

委任状 ※申請または振込口座を本人以外とする場合は、該当する項目に☑を入れて記入してください。
私は、下記の者を代理人と定め、後期高齢者医療給付費(高齢者の医療の確保に関する法律第56条)に関する次の行為について一切の権限を委任します。
委任者(被保険者)の住所
氏名
☐ 申請に関すること。 代理人(受任者)の住所 氏名
☐ 受領に関すること。 代理人(受任者)の住所 氏名