

【記入例】
後 期 高 齢 者 医 療
食 事（ 生 活 ） 療 養 差 額 支 給 申 請 書

※は記載しないでください。

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	受 療 け 養 た を	個 人 番 号	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
被 保 険 者 番 号	1	2	3	4	5	6	7	8		被 保 険 者 氏 名	神 石 太 郎											
公 費 負 担 者 番 号										生 年 月 日	大 正 15 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 付 区 分	区分Ⅱ		適 用 年 月 日	—	
交 付 年 月 日	令和〇年〇月〇日		長 期 該 当 年 月 日	令和〇年〇月〇日	

食事（生活）療養を 受けた医療機関等	名称	神石高原町立病院		第三者の行為に よるものですか	はい・いいえ・不明
	所在地	神石郡神石高原町小島1709番地3			
入 院 日 数	令和〇年 〇月 〇日 から 令和〇年 〇月 〇日 まで 〇日間 〇回				
入院に際して受けた食事（生活）療養に対し支払った額（標準負担額）				〇円	
減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由				※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。	

差 額 支 給 ※	イ（ — ）円 × （ ）回 = （ ）円	合 計 ※町が記入しますの で、 記入不要です。 円
	ロ（ — ）円 × （ ）回 = （ ）円	
	ハ（ — ）円 × （ ）回 = （ ）円	
	ニ（ — ）円 × （ ）回 = （ ）円	
	ホ 却下（理由： ）	

※郵送される場合は、病院で支払った領収書の写しと通帳等の写しを添付してください。

該当するものに○を付けてください。該当するものがない場合は（ ）内に記載してください。

振 込 先	神石高原	銀 行 金 庫 組 合 農 協	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									
※ゆうちょ銀行の場合は「ゆうちょ」と記入してください。															
口座番号(右詰)	1 2 3 4 5 6 7	記号・番号		※ゆうちょ銀行で口座番号不明のときには必ず記入してください。											
口座名義人 (カタカナ)	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、姓と名の間は1マス空けてください。														
	シ ・ ン セ キ タ ロ ウ														

上記のとおり、関係書類を添えて食事（生活）負担額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

申請者の住所・氏名等

(〒720-1522)

住所 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