

# 富山県後期高齢者医療負担割合差額支給申請書

保険者番号	3 9 1 6	被保険者番号	0
被保険者氏名			
生年月日	明治・大正・昭和	年	月
	日	性別	男・女

種 類	負担割合差額（3割負担から1割負担へ変更）			
診療年月	令和	年	月	入外区分
				入院・外来
				給付割合
				9割
診療を受けた医療機関等の名称及び所在地	名 称			
	所在地			

医療費総額		円	<div style="background-color: #cccccc; padding: 5px;">計算欄（※広域連合記入欄）</div>     
一部負担額	3 割	円	
	1 割	円	
	差 額	円	
高額療養費償還済額	△	円	
支 給 金 額		円	

振込先金融機関	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ( )	本店 支店 出張所
	金融機関コード	店舗コード
預金種目	普通・当座・貯蓄	・口座番号は7桁です。7桁未満の場合は先頭を0で埋めてください。 ・口座名義人はカタカナで左詰めで記入し、姓と名の間は1字空けてください。
口座番号		
口座名義人(カタカナ)		

富山県後期高齢者医療広域連合長 様

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。  
 なお、振込先口座が私の名義でない場合は、口座名義人に受領の権限を委任します。

令和 年 月 日

〒

申請者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

市町村確認欄	<input type="checkbox"/> 届出人を確認済み
--------	-----------------------------------