

富山県後期高齢者医療食事（生活）療養差額支給申請書

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	

限度額適用・標準負担額減額認定証の内容			
適用区分	低所得Ⅰ・低所得Ⅱ	発効期日	令和 年 月 日
交付年月日	令和 年 月 日	長期該当年月日	令和 年 月 日

診療を受けた医療機関等の名称及び所在地	名称	
	所在地	
認定証の交付申請または提出ができなかった理由		
入院期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	日間

食事回数	回
実際の負担額 (標準負担額)	円
減額後の負担額	円
支給金額	円

差額計算欄			
イ	( - ) 円	×	回 = 円
ロ	( - ) 円	×	回 = 円
ハ	( - ) 円	×	回 = 円
ニ	( - ) 円	×	回 = 円
			合計 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		<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> </ul>
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
--------	-----------------------------------