

記入例

様式第24号 (第15条、第16条関係)

後期高齢者医療 食事・生活療養差額支給申請書																
受付日		年		月		日										
決定日		年		月		日										
保険者番号	3	9	1	1	2	3	5	4	個人番号							
被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	療 養 を 受 け た	被保険者氏名	富士見 太郎					
公費負担者番号										生年月日	昭和〇〇年 〇月 〇日					
公費受給者番号																
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の名称																
入院日数	年		月		日		から	年		月		日		まで	日間	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)												円				
減額認定を受けていることの確認を受けなかった理由																
発病又は負傷の理由	1 : 第三者行為 (交通事故等)			2 : 自損事故			3 : 疾病等									
差 額 支 給	イ (-) 円 × () 回 = () 円											合 計				
	ロ (-) 円 × () 回 = () 円															
	ハ (-) 円 × () 回 = () 円															
	ニ (-) 円 × () 回 = () 円															
	ホ 却下 (理由:)															
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 () 内に記入してください。網掛けの中は記入不要です。																
振 込 先	〇〇			銀 行			信用金庫			〇〇			預 金 種 別			
										本店・支店				普 通 当 座		
口座番号 (左詰めで記入)	1	2	3	4	5	6	7									
口座名義人 (カタカナ)	フシミ タロウ															
口座名義人欄は、カタカナで上段から左詰めで記入してください。濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字空けてください。																
埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて																
上記のとおりに関係書類を添えて申請します。																
令和〇〇年 〇月 〇日																
申請者 住 所 富士見市〇〇-〇-〇																
氏 名 富士見 太郎																
電話番号 049-〇〇〇-〇〇〇〇																