

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		個人番号	
被保険者番号		療 受 け た 療 養 を	被保険者氏名
公費負担者番号			生年月日
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 円
	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	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	本店・支店 ()	預 金 種 別	普 通 当 座 ()

口座番号 (左詰めで記入)	
------------------	--

口座名義人 (カタカナ)	
-----------------	--

公金受取口座を利用します。
※ 給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「」にチェック（）してください。

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。

年 月 日

申請者 住 所 _____
氏 名 _____
電話番号 _____