

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		療養を受けた	被保険者氏名		
公費負担者番号					
公費受給者番号			生年月日	年	月

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	
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	☐ ：第三者行為(交通事故等) ☐ ：その他(自損事故・疾病等)

[illegible]

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	普通座 ()			
口座番号													
口座名義人 (カタカナ)													

☐ 公金受取口座を利用します。(公金受取口座の利用は被保険者本人のみとなります。)
※ 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、「☐ 公金受取口座を利用します。」にチェック(✓)してください。
※ 公金受取口座を利用する場合は、口座情報(上記本枠部)の記載や通帳の写しの添付等は不要です。

上記のとおり関係書類を添えて申請します。

年 月 日

愛知県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者

住所

氏 名

連絡先

被保険者以外が申請する場合及び被保険者以外の口座に振込を希望される場合は以下の欄にも記入してください。

(委任欄)

代理人(住所) (氏名)

(連絡先) (被保険者との関係)

私は上記の者を代理人と定め、次の権限を委任します。（該当するものの□にチェック（✓）してください。）

☐この申請書における食事負担額差額の申請に関すること。 ☐この申請に基づく食事負担額差額の受領に関すること。

被保険者(住所) (氏名)

市区町村確認欄

受 付		入 力		確 認	
--------	--	--------	--	--------	--

広域連合確認欄

確 認		訂 正	
--------	--	--------	--

添付書類	確認書類
医療費の領収書	減額認定証