

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	39112354	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			生年月日
公費受給者番号			年 月 日

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:)	
		円

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)				

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 _____