

後期高齢者医療 食事療養差額支給申請書

受付日 年 月 日

決定

被保険者番号・氏名・生年月日をご記入ください。公費番号等は該当者のみ記入してください。

被保険者番号		療養を受けた方	被保険者氏名		
公費負担者番号			生年月日	明・大・昭	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	領収書などをご覧になり、医療機関の住所・名称、入院期間・食事回数をご記入ください。				
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	該当する理由に をつけてください				
発病または負傷の理由	1 第三者行為		2 その他(自損事故・疾病等)		

差額支給計算	イ ()円 × ()回 = ()円	合計	ご記入は不要です	網掛けの中は記載不要です。
	ロ ()円 × ()回 = ()円			
	ホ 却下(理由:)			

振込先	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店	預金種別	普通当座 ()
口座番号等 左詰記載して下さい	ご本人名義の通帳をご覧になり、金融機関、支店、口座番号、口座名義をご記入ください。			
口座名義人 (カタカナ)				

該当するものに をつけてください。該当するものがない場合は()内に記載してください。網掛けの中は記載不要です。申請書の記入日をご記入ください。

上記のとおり、関係書類を添付し、申請書と併せて申請します。

東京都後期高齢者医療局 受給者ご本人(被保険者)の住所・氏名と、連絡先をご記入ください。

年 月 日

申請者 住 所 _____

氏 名 _____

連絡先 _____

受 領 検

ご本人以外の方が申請または受領する場合のみ
記入押印してください。

委 任 状

東京都後期高齢者医療広域連合長 宛

こちら欄には、申請または受領される方のご住所およびお名前をお書きください。

私は次の者
住所 _____

氏名 _____ 委任者との関係 _____

を代理人（受任者）と定め、食事療養差額に関する下記の権限を委任します。

記

（ ~ のいずれか一つを丸で囲んでください。）

- 1 申請に関すること。
- 2 受領に関すること。
- 3 申請及び受領に関すること。

年 月 日

委任者欄には、被保険者ご本人のご住所
およびお名前をお書きのうえ、押印して
ください。

委任者
住所 _____

氏名 _____

連絡先電話番号 _____

以上