

# ＜ 記 入 例 (表) ＞

(表)

## 後期高齢者医療食事(生活)療養費標準負担額差額支給申請書

被保険者証に記載されてい  
ますので、確認のうえ記入して  
ください。

被保険者の個人番号(マイナ  
ンバー)を記入してください。

療養を受けた者 (被保険者)	保険者番号	3 9 4 1 2 0 0 0											
	被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7											
	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
	フリガナ	コウイキ タロウ											
	氏名	広域 太郎										性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
	生年月日	明・大・ <input checked="" type="radio"/> 3年 2月 1日											
住所	〒840-0201 (電話 0952-64-8476) 佐賀県佐賀市大和町大字尼寺1870番地												
減額の認定内容	交付年月日	平成 ○年 ○月 ○日			発効期日	平成 ○年 ○月 ○日							
	適用区分	I・ <input checked="" type="radio"/> II・長期			長期入院 該当年月日	平成 年 月 日 (90日到達日:平成 年 月 日)							
入院した 医療機関等	名称 (所在地・医師等名)	別紙のとおり											
	診療年月	平成 ○年 ○月診療											
	入院日数等	入院日数	_____ ○ 日間				食事回数	_____ ○ 食					
	疾病又は負傷の理由	1: 第三者行為(交通事故等) <input checked="" type="radio"/> 2: その他(自損事故・疾病等)											
入院時食事(生活)療養標準負担額	_____ ○,○○○ 円												
減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由(該当に○印)	<input type="radio"/>	長期入院該当申請日以降で長期入院該当年月日前の入院であったため 急な入院のため、申請の手続きを行う時間がなかった、または手続きを行う者がいなかったため その他( )											
添付書類 (該当に○印)	<input type="radio"/>	支払った標準負担額を証明する書類											
	<input type="radio"/>	入院日数を確認できる書類											
	<input type="radio"/>	標準システムのレセプト情報を医療機関に確認済のため未添付											
	<input type="radio"/>	その他( )											

提出日を記入してください。

※郵送する場合は、投函日を  
記入してください。

I記入された方の住所・氏名・  
I電話番号・被保険者(本人)と  
Iの関係を記入のうえ、捺印し  
Iてください。

記入しないでください。

佐賀県後期高齢者医療広域連合長 様  
上記のとおり、関係書類を添えて後期高齢者医療の食事(生活)療養標準負担額差額の支給を申請します。

平成○年○月○日	(記入された方) 申請者	住所	〒840-0201 (電話 0952-64-8476) 佐賀県佐賀市大和町大字尼寺1870番地	
氏名		広域 花子	<input checked="" type="radio"/> 広域	被保険者との関係 (妻)

(注)裏面の口座振込先も忘れずにご記入ください。

[市町記入欄]

市町(支所)名 [ _____ ]	受付日 [ H . . ]	受付者名 [ _____ ]・郵送
申請者確認方法 (右記 _____ 番で確認)	①個人番号カード・後期被保証・写真入り身分証明書の提示 ②被保険者からの委任状持参 ③申請勧奨通知・介護保険被保証等複数の公的書類 ④入所施設等職員で写真入り職員証等の提示 ⑤成年後見人等を示す公正証書等の提示 ⑥住所・氏名・生年月日等を申告してもらい住基等で確認 ⑦その他( )	
番号確認方法 (右記 _____ 番で確認)	①個人番号カード ②通知カード ③個人番号が記載された住民票の写し等の証明書 ④住民基本台帳システムまたは標準システム等で確認	

(注)被保険者と口座名義人が異なる場合は、裏面の委任状を必ずご記入ください。

# < 記入例 (裏) >

被保険者と口座名義人が違う場合は、この委任状も忘れずにご記入ください。

被保険者の住所氏名を記入のうえ捺印してください。

口座名義人の住所氏名を記入のうえ捺印してください。

(裏)

< 委任状 >

私(被保険者)は、次の者を代理人と定め、食事(生活)療養標準負担額差額の受領に関する権限を委任します。

被 保 険 者  (本人)	住 所	氏 名
		印

  

代 理 人  (口座名義人)	住 所	氏 名
		印 被保険者との関係 ( )

  

振 込 先 口 座	金融機関名	預金種目	口座番号(右詰)								
	広域	銀行 本店 支店 支所 出張所	① 普通 ② 当座 ④ 貯蓄 ⑨ その他	1	2	3	4	5	6	7	
	金融機関コード	店舗コード									
	フリガナ	コウイキ タロウ									
	口座名義人	広域 太郎									
	(注) 金融機関名、店舗コード、フリガナ、口座名義人は必ず記入してください。										

## ゆうちょ銀行への振込みを希望される場合

ゆうちょ銀行の口座に振込を行う場合は、「記号番号」ではなく「振込専用の店番号・口座番号」が必要です(通帳の表紙から1枚開いたページに以下のように印字されています)。通帳に印字がない場合は、お近くの郵便局の貯金窓口等でご確認ください。

図

(例)

この口座を他金融機関からの振込先の受取口座として使用される際は次の内容をご指定ください。  
 【店名】七七八(読み ナナナハチ)  
 【店番】778【預金種目】普通預金【口座番号】0123456

振 込 先 口 座	金融機関名	預金種目	口座番号(右詰)								
	ゆうちょ	銀行 本店 支店 支所 出張所	① 普通 ② 当座 ④ 貯蓄 ⑨ その他	0	1	2	3	4	5	6	
	金融機関コード	店舗コード									
	フリガナ	コウイキ イチロウ									
	口座名義人	広域 一郎									
	(注) 金融機関名、店舗コード、フリガナ、口座名義人は必ず記入してください。										