様式第10号(第22条、第23条関係)

後期高齢者医療 食事・生活療養差額支給申請書

受付印

市町村処理欄			
受付		入力	

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　日

減額認定証の内容を記載してください。			
交付区分		適用年月日	年　月　日
交付年月日	年　月　日	長期該当年月日	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	
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
減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由	
発病又は負傷の理由	1：第三者行為(交通事故等)　2：その他(疾病等・自損事故)

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：　)	—

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(　)内に記載してください。

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 (　)	本店・支店 本所・支所 (　)	預金種別	普通 当座 (　)
口座番号				
口座名義人(カタカナ)				

口座名義人はカタカナで上段より左詰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。

上記のとおりに食事・生活療養の減額の認定に関する証拠書類を添えて申請します。

年　月　日

長野県後期高齢者医療広域連合長　宛

申請者　住所

(被保険者)　氏名

電話番号