

後期高齢者医療食事療養標準負担額差額支給申請書

療養を受けた	被保険者氏名	広域 太郎										
	生年月日	昭和2年2月3日	被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	
	個人番号	0	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0

診療を受けた医療機関等の名称及び所在地	新潟広域病院 新潟県新潟市中央区新光町4番地1											
入院日数	令和元年5月1日 から 令和元年5月10日 まで 10日間 30食											
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）	13,800 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	1人暮らしで緊急入院したため											
発病又は負傷の理由	1 : 第三者行為（交通事故等） 2 : その他（自損事故・疾病等）											

振込先	後期	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 労働金庫	新潟	本店 支店 出張所 ( )	預金種別	普通 当座 貯蓄	
口座番号等 左詰記載して下さい	7	6	5	4	3	2	1
口座名義人 (カタカナ)	コウイキ タロウ						

上記のとおり関係書類を添えて後期高齢者医療食事療養標準負担額差額支給の申請をします。

令和3年 5月 27日

新潟県後期高齢者医療広域連合長 あて

申請者（被保険者） 〒 950-0965 住所 新潟県新潟市中央区新光町4番地1

氏名 広域 太郎 印 電話番号 025-285-3222  
(自署の場合は押印不要)

委任状欄	後期高齢者医療食事療養標準負担額差額支給の受領を下記の者に委任します。	委任状欄は、被保険者本人名義の口座以外を振込先に指定する場合にご記入ください。	日
	委任を受ける方		
	〒 _____ 住所 _____		
	氏名 _____ 電話番号 _____		
被保険者との関係 _____			

市区町村記載欄			
交付区分	区分Ⅱ	長期該当年月日	年 月 日
支給申請の額	7,500		