

後期高齢者医療食事療養標準負担額差額支給申請書

療養受 けた を	被保険者氏名										
	生 年 月 日	年	月	日	被保険者番号						
	個人番号										

診療を受けた医療機関等の名称及び所在地										
入院日数	年	月	日	から	年	月	日	まで	日間	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）	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 : その他（自損事故・疾病等）									

振込先	銀 行 信用金庫 信用組合 協同組合 労働金庫	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									
口座名義人 (カタカナ)									

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。

年 月 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） 〒 _____ 住 所 _____

氏 名 _____ ④ 電話番号 _____

(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。 <p style="text-align: right;">年 月 日</p> 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		長 期 該 当 年 月 日	年 月 日
支 給 申 請 の 額			