

後期高齢者医療 食事（生活）療養標準負担額差額支給申請書

保 険 者 番 号		被保険者番号	
個 人 番 号			
公費負担者番号		公費受給者番号	
被保険者氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日
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）		
医療機関等名称・所在地	別添のとおり		
入院期間	年 月 日～ 年 月 日	入院日数	日間 食事回数 回

差額支給 (別紙の内訳欄も記入してください。)	支払った標準負担額 (A)	減額後の標準負担額 (B)	差額支給申請額(A)－(B)
	円	円	円

口座振込依頼欄	銀行・農協 信金・信組 ()		本店 支店 ()		種別	口座番号						
					普通							
	金融機関コード		支店コード		()							
	口座名義人		フリガナ									
	氏名											

群馬県後期高齢者医療広域連合長あて

上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。なお、保険料の滞納が生じ、法令等で規定する一定の要件を満たした場合は、標準負担額差額の全部又は一部を差し止めることに同意します。

年 月 日
(〒 -)
住 所

申請者

被保険者との続柄 ()

(被保険者・申立人) 氏 名

電話番号 ()

☐ 私は下記の受領者を代理人と定め、標準負担額差額の受領に関する権限を委任します。

住 所

受領者

申請者との続柄 ()

(上記口座名義人) 氏 名

電話番号 ()

(〒 -)
住 所

来庁者

申請者との続柄 ()

(申請書の提出者) 氏 名

電話番号 ()

注：来庁者が上記申請者に同じ場合は記入不要です。

市町村受付	市町村担当

広域記入欄	支給決定日	年 月 日			広域担当
	入院月負担区分確認	不備	入力		

食事療養標準負担額内訳欄

医療機関等名称	診療年月	入院日数	食事回数	支給額	減額後（差額後） 標準負担額	減額前（差額前） 標準負担額
	／	日	回	円	円	円
	／	日	回	円	円	円
	／	日	回	円	円	円
	／	日	回	円	円	円
	／	日	回	円	円	円
	／	日	回	円	円	円
	／	日	回	円	円	円
合 計				円	円	円

※ 医療機関・診療月・負担区分・長期該当の有無ごとに行を分けて記入してください。

生活療養標準負担額内訳欄

医療機関等名称	診療年月	入院日数	食事回数		支給額	減額後（差額 後） 標準負担額	減額前（差額 前） 標準負担額
	／	日	回	食	円	円	円
				居	円	円	円
				計	円	円	円
	／	日	回	食	円	円	円
				居	円	円	円
				計	円	円	円
	／	日	回	食	円	円	円
				居	円	円	円
				計	円	円	円
	／	日	回	食	円	円	円
				居	円	円	円
				計	円	円	円
合計					円	円	円

※ 医療機関・診療月・負担区分・ごとに行を分けて記入してください。

記載例 ※グレーは市町村が記入

- ブランクの申請書を使用する場合は、市町村で被保険者情報を記入し、記入漏れのないようにしてください。
- 個人番号欄については、本人確認がとれれば市町村で記入してください（空欄でも返戻しません）。

生

保険者番号	39100000
個人番号	

●申請理由は必ず記入してください。

公費受給者番号	
被保険者氏名	生年月日 明・大・昭 17年 4月 1日
減額認定を受けていることの確認を受けなかった理由	低Ⅱ長期該当申請日から申請月末までの差額があるため

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）
-----------	--------------------------------

●負傷理由が第三者行為である場合は、届出の有無を確認してください。

別添のとおり			
～令和 元年 5月31日	入院日数 31日間	食事回数 93回	

差額支給（別紙の内訳欄に入してください。）	●裏面（別紙）の「食事（生活）療養標準負担額内訳欄」を記入し、添付してください。なお、標準システムから申請書を出力する場合は別途印刷してください。	(B)
-----------------------	---	-----

口座振込依頼欄	群馬銀行・農協信金・信組	●当座、貯蓄預金は種別の（ ）内に記入してください。 ●「金融機関コード」、「支店コード」は空欄でもかまいません。									
	金融機関コード	支店コード	0 1 2 3 4 5 6								
	口座名義人	フリガナ 氏名	コウイキ ハナコ 広城 花子								

群馬県後期高齢者医療広域連合長 上記のとおり療養に要した費用で規定する一定の要件を満たした	●書類の不備等で申請書を再提出する場合、申請日には再提出日（市町村が受理した日）を記入してください。	じ、法令等 します。
令和 元年 6月 1日	●「申請者」に被保険者（または申立人）を記入してください。	

●被保険者以外の口座に振り込む場合は口に✓をし、「受領者」に口座名義人を記入してください。

被保険者以外の口座に振り込む場合は口に✓をし、「受領者」に口座名義人を記入してください。	大渡町11-1	被保険者との続柄（本人） 電話番号 012（234）4567
☒ 私は下記の受領者を代理人と定め、標準負担額差額の受領に関する権限を委任します。		
住所	群馬県前橋市大渡町11-1	申請者との続柄（妻） 電話番号 012（234）4567
受領者（上記口座名義人）氏名	広城 花子	

●申請者以外が申請書を持参する場合は、「来庁者」に申請書の提出者を記入してください。申請者が持参する場合及び郵送受付の場合は記入不要です。

来庁者（申請書の提出者）氏名	群馬県前橋市大渡町11-1 広城 一郎	申請者との続柄（子） 電話番号 012（234）4567
----------------	------------------------	---------------------------------

注：来庁者が上記申請者に同じ場合は記入不要です。

市町村受付	市町村担当
後期	高齢

広域記入欄	支給決定日	年 月 日	広域担当
	入院月負担区分確認	不備 入力	

●書類を受け付けた職員は「市町村受付」欄（郵送の場合は不要）に、書類内容不備を確認した職員は「市町村担当」欄に、（同じ職員の場合は両方に）記名もしくは職員の印を押印してください。