様式第２２号（第１９条関係）

後　期　高　齢　者　医　療
食事（生活）療養差額支給申請書

※は記載しないでください。

受付時使用欄			
受付日	年　月　日		
決定日	年　月　日		
システム入力者		システム確認者	

保険者番号	3	9	3	4	2	0	5	0	受療養をした	個人番号													
被保険者番号										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

食事（生活）療養を受けた医療機関等	名称		第三者の行為によるものですか	はい・いいえ・不明
	所在地			
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				

差額支給※	イ（　－　）円×（　）回＝（　）円 ロ（　－　）円×（　）回＝（　）円 ハ（　－　）円×（　）回＝（　）円 ニ（　－　）円×（　）回＝（　）円 ホ 却下（理由：　）	合計　円

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 金庫 組合 農協	本店 支店 （　）	預金種別	普通 当座 （　）	確認 済・無
	※ゆうちょ銀行の場合は「ゆうちょ」と記入してください。	金融機関コード　支店コード			
口座番号（右詰）		記号・番号	※ゆうちょ銀行で口座番号不明のときには必ず記入してください。		
口座名義人（カタカナ）	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，姓と名の間は１マス空けてください。				

上記のとおり，関係書類を添えて食事（生活）負担額差額の支給を申請します。

令和　　年　　月　　日

広島県後期高齢者医療広域連合長　　様

申請者の住所・氏名等

（〒　　－　　）

住所　尾道市

氏名　　被保険者との関係

電話番号