後期高齢者医療
療養費（負担割合差額）支給申請書

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	療養を受けた	被保険者氏名	
被保険者番号											
公費負担者番号										生年月日	M・T・S　年　月　日
公費受給者番号											

種類	**負担割合差額**	診療年月	年　月
変更事由	基準収入額判定・世帯異動による判定 定期判定・その他（　　　）	第三者の行為によるものですか	はい・いいえ・不明

負担区分	変更前	割	年　月　日から　年　月　日まで （　年　月　日回収）
	変更後	割	年　月　日から （　年　月　日交付）

医療機関等での医療費合計額		円	(A)
負担区分変更による差額		円	(A)×0.2＝ (B)
支給済（高額療養費）額		円	(C)
支給額（還付額）		円	(B)－ (C)

振込先	銀行 金庫 組合 農協 ※ゆうちょ銀行の場合は「ゆうちょ」と記入してください。	本店 支店 （　）	預金種別	普通 当座 （　）	確認 済・無
		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マスあけてください。				

上記のとおり療養費（負担割合差額）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（委任されている場合は代理人）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

委任状

※申請または振込口座を本人以外とする場合は，該当する項目に☑を入れて記入してください。

私は，下記の者を代理人と定め，後期高齢者医療給付費（高齢者の医療の確保に関する法律第５６条）に関する次の行為について一切の権限を委任します。

委任者（被保険者）の住所

氏名

□ **申請に関すること。**

代理人（受任者）の住所　　　　氏名

□ **受領に関すること。**

代理人（受任者）の住所　　　　氏名