様式第１９号（第１４条関係）

後期高齢者医療
食事療養差額支給申請書

受付日　令和　年　月　日
決定日　令和　年　月　日

保険者番号	3 9 1 7 2 0 5 1	個人番号	
被保険者番号		療養を受けた	被保険者氏名
公費負担者番号			生年月日　明治 大正 昭和　年　月　日
公費受給者番号			

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

診療を受けた医療機関等の所在地	
診療を受けた医療機関等	
入院日数	令和　年　月　日から 令和　年　月　日までの　日間　回
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
減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由	
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）

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

該当するものに○をつけてください。該当するものがない場合は()内に記載してください。網掛けの中は記載不要です。

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 （　）	本店・支店（　）	預金種別	普通 当座（　）
口座番号等 左詰記載してください				
口座名義人（カタカナ）				

口座名義人はカタカナで上段より左づめで記入してください。濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字あけてください。

上記のとおりに関係書類を添えて後期高齢者医療の食事負担額差額の支給を申請します。

令和　年　月　日

（宛先）石川県後期高齢者医療広域連合長

申請者　住 所

氏 名

連絡先

※市町確認欄

代理権の確認	身元確認（本人又は代理人）		番号確認	備考
□ 本人の被保険者証等 □ 委任状 □ 登記事項証明書 □ システム（同一世帯確認） □ その他（　）	1点	□ 個人番号カード　□ 運転免許証 □ 障害者手帳　□ プレ印字書類 □ その他（　）	□ 個人番号カード □ 通知カード □ システム □ その他（　）	
	2点	□ 健康保険証　□ 年金手帳 □ その他（　）		