

【記載例】下記の①～⑤の箇所についてご記入いただき、振込先口座の通帳の見開き1ページ目(カードでも可)のコピー、領収書のコピーを添付し提出してください。

なお、申請月ごと、かつ医療機関ごとに申請書が1枚必要となりますのでご注意ください。

被保険者番号 (8ケタ)	0 1 2 3 4 5 6 7	療養を受けた	② 被保険者ご本人のお名前・生年月日をご記入ください。 生年月日 昭和 20 年 4 月 1 日
公費負担 公費受	① 被保険者証に記載されている「被保険者番号(0から始まる8桁の数字)」をご記入ください。		

交付区分	適用年月日	年	月	日
交付年月日	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	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	
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	
	ホ 却下(理由:)	

③ 被保険者ご本人の口座情報(振込先金融機関名とその支店名、口座番号、預金種別、口座名義人)をご記入ください。

【注意】被保険者ご本人以外の口座への振込を希望される場合】
被保険者ご本人とは別の方名義の口座への振込を希望される場合は、本申請書下部の「委任状」欄にご本人のご署名を、そして、本申請書中部の申請者欄および振込先口座記入欄には振込を希望される方のご署名および必要事項を記入してください。

- 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。
- 口座名義人はカタカナで左づめで記入してください。
- この申請書提出にあたり、口座確認のため、場合や郵送等で申請書を提出される場合は、()に記入してください。郵送等の場合で通帳の写しが添付されている場合は、()に記入してください。金融機関の口座開設支店で通帳確認印欄に押印してもらってください。でも可。なお、支給にあたっては、お住まいの市町()に提出してください。

④ 申請書を提出される日付をご記入ください。

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

令和2 年 3 月 1 日

滋賀県後期高齢者医療広域連合長様

〒 526-8501

申請者 住所 ⑤ 申請される方のご署名をお願いします。(申請者=振込先名義人としてください。)

氏名 長浜 太郎 電話番号 0749-65-6527

委任状

上記請求に基づく療養費の申請を上記の者に委任します。

年 月 日 委任者 住所

氏名

※届出申請者とは別の方が申請書の記入および窓口への届出をされる場合は、記入(届出)される方のお名前・ご住所・被保険者本人との続柄・連絡先のお電話番号をご記入ください。(書類に不備が合った場合などに、連絡させていただくことが有ります。)