

後 期 高 齢 者 医 療
食 事 療 養 差 額 支 給 申 請 書

受付日 年 月 日
決定日 年 月 日

保険者番号	3	9	1	3	2	0	1	4	個人番号(マイナンバー)											
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										
公費受給者番号										明・大・昭 年 月 日										

診療を受けた医療機関等の所在地	別紙 証明書のとおり
診療を受けた医療機関等	別紙 証明書のとおり

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療養に対し支払った額(標準負担額) 円

減額認定を受けていることの確認を受けなかった理由	1: 長期入院該当のため 2: 差額支給の対象であったことが判明したため 3: 緊急入院のため 4: その他 ()
--------------------------	---

発病又は負傷の理由	1: 第三者行為(交通事故等)相手方 2: その他(自損事故・疾病等)
-----------	-------------------------------------

差額支給	イ(230 — 180) 円 × () 回 = () 円 ロ(—) 円 × () 回 = () 円 ハ(—) 円 × () 回 = () 円 ニ(—) 円 × () 回 = () 円 ホ 却下(理由:)	合計
------	--	----

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。網掛けの中は記載不要です。

公金受取口座	<input type="checkbox"/> マイナポータルに登録した公金受取口座を利用します (被保険者本人のみ利用可) ※マイナポータルに登録した口座を利用する場合は☑を入れ、振込先口座(下記太枠部)は記入しないでください。 ※公金受取口座を利用できるのは被保険者本人のみです。 ※マイナポータルに口座を登録していない場合や、被保険者本人以外の方の口座は利用できません。
確認事項	<input type="checkbox"/> 個人番号(マイナンバー)を本申請書に記入しました。 <input type="checkbox"/> マイナポータル上で公金受取口座の登録は完了しています。 <input type="checkbox"/> 個人番号(マイナンバー)カード両面の写しを添付しました。

振込先	銀行	本店・支店 ()	預金種別	普通当座 ()
	信用金庫 信用組合 協同組合			

口座番号(左詰め)																				
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

口座名義人(カタカナ)																				
-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

口座名義人欄は、カタカナで上段から左詰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字空けてください。

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。

年 月 日

東京都後期高齢者医療広域連合長宛

申請者 住所
氏名
連絡先

申請者	申請者の本人確認が1点で完了するもの				申請者の本人確認が2点で完了するもの			
<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> パスポート	<input type="checkbox"/> その他官公署発行の氏名・住所or生年月日と顔写真付		<input type="checkbox"/> 医療保険証	<input type="checkbox"/> 介護負担割合証	<input type="checkbox"/> その他官公署発行の氏名・住所or生年月日記載書類	
<input type="checkbox"/> 代理人	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 障害者手帳			<input type="checkbox"/> 限度額(減額)証	<input type="checkbox"/> マル都医療券		
	<input type="checkbox"/> 運転経歴証明書	<input type="checkbox"/> 在留カード ()			<input type="checkbox"/> 介護保険証	<input type="checkbox"/> マル障医療券 ()		

※裏面に委任状あり

入院日数確認済
90日 該当年月日
年 月 日

委任状

東京都後期高齢者医療広域連合長 宛

私は次の者

住所 _____

氏名 _____ 委任者との関係 _____

を代理人（受任者）と定め、下記の権限を委任します。

記

該当する番号に○をしてください。

- ① 後期高齢者医療給付金の申請に関する事。
- ② 後期高齢者医療給付金の受領に関する事。
- ③ 後期高齢者医療給付金の申請及び受領に関する事。

年 月 日

委任者

住所 _____

氏名 _____

連絡先電話番号 _____