別記第22号様式(第18条、第19条関係)

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	
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										
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(発効期日)	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	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
減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由	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:その他　(　　)
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) 相手方

差額支給		合計
	イ(　210　—　160　)円 ×(　　)回 =(　　)円	
	ロ(　　—　　)円 ×(　　)回 =(　　)円	
	ハ(　　—　　)円 ×(　　)回 =(　　)円	
	ニ(　　—　　)円 ×(　　)回 =(　　)円	
	ホ　却下(理由:　　)	

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。

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 左詰めで記載してください。				
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

来た方	本人確認	本人確認が1点で完了するもの	本人確認が2点で完了するもの
□本人 □世帯員 □代理人		□個人カード　□住基カード　□その他官公署から発行の顔写真付 □運転免許証　□療育手帳　(　　) □パスポート　□身体障害者手帳	□年金手帳　□児童扶養手当証書 □保険証　□その他官公署から発行 □介護保険証　(　　)

(用紙規格　A4)

※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

該当する番号に〇をしてください。

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

年　　月　　日

委任者

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

連絡先電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿