

富山県後期高齢者医療食事生活療養差額支給申請書

保険者番号	3	9	1	6	2	0	1	1	被保険者番号	0	1	7	1	2	3	4	5
被保険者氏名	広 域 次 郎																
生年月日	明治・大正・昭和 9 年 2 月 22 日							性別	男・女								

限度額適用・標準負担額減額認定証の内容			
適用区分	低所得Ⅰ・低所得Ⅱ	発効期日	令和〇〇年△△月□□日
交付年月日	令和〇〇年△△月□□日	長期該当年月日	令和〇〇年△△月□□日

診療を受けた医療機関等の名称及び所在地	名称	〇〇病院
	所在地	富山市婦中町速星〇〇番地
認定証の交付申請または提出ができなかった理由		長期入院中のため申請ができなかった。
入院期間	令和〇〇年△△月□□日 ~ 令和〇〇年△△月□□日	31 日間

食事回数	93回
実際の負担額 (標準負担額)	19,530円
減額後の負担額	円
支給金額	円

差額計算欄			
イ	( - ) 円	× 回	= 円
ロ	( - ) 円	× 回	= 円
ハ	( - ) 円	× 回	= 円
ニ	( - ) 円	× 回	= 円
合計			円

振込先金融機関	北 陸	銀行 信用組合 ( )	信用金庫 協同組合	速 星	本店 支店 出張所		
	金融機関コード			店舗コード			
預金種目	普通・当座・貯蓄			<ul style="list-style-type: none"> <li>口座番号は7桁です。7桁未満の場合は先頭を0で埋めてください。</li> <li>口座名義人はカタカナで左詰めで記入し、姓と名の間は1字空けてください。</li> </ul>			
口座番号	0	4	5	3	2	1	0
口座名義人 (カタカナ)	コ ウ イ キ ジ ロ ウ						

富山県後期高齢者医療広域連合長 様

上記のとおり、療養に要した費用に関する**証拠書類**を添えて申請します。  
 なお、振込先口座が私の名義でない場合は、口座名義人に受領の権限を委任します。

令和〇〇年△△月□□日

〒939-2798

申請者 住 所 富山市婦中町速星754番地

氏 名 広 域 次 郎

電話番号 076 ( 465 ) 7504

市町村確認欄	<input type="checkbox"/> 届出人を確認済み
--------	-----------------------------------