

様式第24号 (第15条、第16条関係)

後 期 高 齡 者 医 療
食事・生活療養差額支給申請書

受付日 年 月 日
決定日 年 月 日

[illegible]

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の名称										
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
減額認定を受けていることの確認を受けなかった理由										
発病又は負傷の理由	1：第三者行為（交通事故等） 2：自損事故 3 ：疾病等									

[illegible]

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（ ）内に記入してください。網掛けの中は記入不要です。

振込先	〇〇		銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()		〇〇		本店・支店 ()		預金種別	普通 当座 ()		
口座番号 (左詰めで記入)	1	2	3	4	5	6	7					
口座名義人 (カタカナ)	フ	シ	ミ			タ	ロ	ウ				

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。

埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて

上記のとおりに関係書類を添えて申請します。

令和〇〇 年 〇 月 〇 日

申請者 住 所 富士見市〇〇-〇-〇

氏 名 富士見 太郎

電話番号 049-000-0000