

記入例

B7

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

被保険者番号・氏名・生年月日をご記入ください。公費番号等は該当者のみ記入してください。

被保険者番号		療養を受けた方	被保険者氏名	
公費負担者番号			生年月日	年 月 日
公費受給者番号				

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	該当する理由に○をつけてください
発病または負傷の理由	1 第三者行為（相手の氏名および住所） 2 その他(自損事故・疾病等)

領収書などをご覧になり入院期間・食事回数をご記入ください。

該当する理由に○をつけてください

差額支給計算	イ () 円 × () 円 = () 円 合計
	ホ 却下 (理由:)

差額支給計算欄と長期入院該当起算日欄についてはご記入不要です

振込先	
口座番号等 左詰記載して下さい	
口座名義人 (カタカナ)	

公金受取口座振込希望の方は別紙をご覧ください。
ご本人名義の通帳をご覧になり、金融機関、支店、口座番号、口座名義をご記入ください。
口座名義人はカタカナで上段から左づめで記入してください。濁点半濁点は1字とし、姓と名の間は1字あけてください。
※ご本人名義以外の口座を指定する場合は裏面の委任状にも記入押印してください。

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。納掛の中は記載不要です。
口座名義人はカタカナで上段から左づめで記入してください。濁点半濁点は1字とし、姓と名の間は1字あけてください。

上記のとおり、関係書類を添付

年 月 日

東京都後期高齢者医療広域連合長あて

申請者 住所

氏名

連絡先

申請書の記入日をご記入ください。

被保険者ご本人の住所・氏名と、連絡先をご記入ください。

**ご本人以外の方が申請または受領する場合のみ
記入押印してください。**

委 任 状

東京都後期高齢者医療広域連合長 宛

こちら欄には、申請または受領される方のご住所および名前をお書きください。

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、食事療養差額に関する下記の権限を委任します。

記

(①～③のいずれか一つを丸で囲んでください。)

- 1 申請に関すること。
- 2 受領に関すること。
- 3 申請及び受領に関すること。

年 月 日

**委任者欄には、被保険者ご本人のご住所
および名前をお書きのうえ、押印して
ください。**

委任者
住所 _____

氏名 _____ (印)

連絡先電話番号 _____

以上