様式４３号

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		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			生年月日	年　月　日
公費受給者番号				

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	
交付年月日		長期該当年月日	

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	から　　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

申請理由※該当するものに○を付けて下さい

ァ 長期入院該当申請日以降長期入院該当年月日前の入院であったため（長期該当年月日から長期入院該当申請日前日までを含む）

ィ 減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由

記入欄

差額支給	イ（　　－　　）円 × （　）回 ＝（　　）円 ロ（　　－　　）円 × （　）回 ＝（　　）円 ハ（　　－　　）円 × （　）回 ＝（　　）円 ニ 却下（理由：　　）	合　計　　円

該当するものに○をつけて下さい。該当するものがない場合は（ ）内に記入して下さい。網掛けの中は記入不要です。

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 右詰で記入して下さい				
口座名義人 (フリガナ)				

口座名義人はカタカナで上段より左詰で記入して下さい。濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字あけて下さい。

上記のとおりに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。

平成　　年　　月　　日

熊本県後期高齢者医療広域連合長　様

申請者 住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿