

見本(書き方)

受付:

記入もれのないように
お願いします。受付日
決定日

療 養 差 額 支 給 申 請 書

保険者番号	3	9	1	3	1	1	2	3	個人番号(マイナンバー)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	療養を受けた	被保険者氏名	広域 太郎										
公費負担者番号	公費番号等は該当者のみ記入してください。								療養を受けた	生年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日										
公費受給者番号																					

別添証明書のとおり

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	〇〇年 〇〇月 〇〇日 から 〇〇年 〇〇月 〇〇日 まで 〇日 間 〇回									
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)	15000 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	「入院中で手続きができなかったため」等									
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)									

該当の番号に○をつけてください。

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

記入不要

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。

公金受取口	☐ マイナポータルに登録した公金受取口座を利用します (被保険者本人のみ利用可)
	マイナポータルに登録した口座を利用する場合は ☐ を入れ、振込先口座(下記太枠部)は記入しないでください。

振込先	東京広域	銀行	飯田橋	本店	支店	預金種別	普通当座
		信用金庫 信用組合 協同組合					()

口座番号が7桁未満の場合は先頭を0(ゼロ)でうめて7桁にしてください。

口座番号(左詰め)	0	1	2	3	4	5	6													
口座名義人(カタカナ)	コ	ウ	イ	キ		タ	ロ	ウ												

「総合口座」の場合、
普通・当座・貯蓄のいずれの
口座であるか確認してください。口座名義人はカタカナで上段より左詰めで記入してください。濁音・半濁音は1字として、姓と名の間は1字あけてください。
口座名義人が申請者と異なる場合は委任状を添付してください。

〇〇年 〇〇月 〇〇日

東京都後期高齢者医療広域連合長宛

申請者

住 所 世田谷区世田谷〇—〇—〇

氏 名 申請者は被保険者本人氏名(相続申請時を除く)

連絡先 日中に連絡がつく電話番号