

受付:

見本 (書き方)

別記第22号様式(第18条、第19条関係)

後 期 高 齢 者 医 療 事 療 養 差 額 支 給 申 請 書

記入もれのないように
お願いします。

受付日 月 日
決定日 年 月 日

保険者番号	3 9 1 3 1 1 2 3	個人番号	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		生年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日
公費受給者番号	公費番号等は該当者のみ記入してください。		

診療を受けた医療機関等の所在地	別添証明書のとおり
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 ●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)	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**

発病又は負傷の理由	1: 第三者行為 (交通事故等) <input type="radio"/> 2: その他 (自損事故・疾病等) <input checked="" type="radio"/>
-----------	---

該当の番号に○をつけてください。
1: 第三者行為を選択された場合、相手方の氏名・住所をご記入ください。

差額支給 イ() 円 × () 回 = () 円

ロ() 円

ハ() 円

ニ() 円

ホ 却下(理由: **記入不要**)

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

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				

口座番号等 左詰めで記載してください。 0 1 2 3 4 5 6

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。

口座名義人(カタカナ) コ ウ イ キ タ ロ ウ

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。濁点・半濁点は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あて

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 昼間に連絡がつく電話番号

本人確認(職員記入欄) 保険証 個人番号カード 運転免許証 その他 ()