様式第２４号（第１６条・第１７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　　決定日　　年　　月　　日

保険者番号		療養を受けた	被保険者氏名
被保険者番号			
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	年　　月　　日
交付年月日	年　　月　　日	長期該当年月日	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	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
減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由	

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

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 （　　）	本店 支店 （　　）	市町担当課等に通帳を持参し、担当者署名・確認印を受けて下さい。通帳の写しの添付、金融機関の確認印でも可。 通帳確認印
金融機関コード		支店ｺｰﾄﾞ	
口座番号等 左詰記載して下さい		預金種別	普通 ・ 当座 ・（　　）
口座名義人 （カタカナ）			

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。網掛けの中は記載不要です。
口座名義人はカタカナで左づめで記入して下さい。濁点・半濁点は１字として、姓と名の間は１字あけてください。
この申請書提出にあたり、**口座確認のため、市町担当課等に通帳を持参し担当者の署名・確認印を受けてください。通帳を持参されない場合や郵送等で申請書を提出される場合は、通帳の写し**（金融機関、支店、種別、口座番号、口座名義の確認できるページ）**を添付してください。**郵送等の場合で通帳の写しが添付できない場合、ゆうちょ銀行以外は、金融機関の確認印（金融機関の口座開設支店で通帳確認印欄に押印してもらってください）でも可とします。

上記のとおりに関係書類を添えて後期高齢者医療の食事負担額差額の支給を申請します。

年　　月　　日

滋賀県後期高齢者医療広域連合長様

〒

申請者　住所

氏名　　㊞

届出者名		本人との続柄	
届出者住所		届出者電話番号	（　　）

委任状

上記請求に基づく療養費の申請を上記の者に委任します。

年　　月　　日　委任者　住所

氏名　　㊞