

第22号様式（第14条及び第15条関係）

後期高齢者医療食事・生活療養標準負担額差額支給申請書

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		受療養を受けた	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													

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										
傷病の原因	<input type="checkbox"/> 第三者行為（交通事故等） <input type="checkbox"/> 第三者行為（交通事故等）以外									

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： )								

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 ( ) 内に記載してください。網掛けの中は記載不要です。

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 貯蓄
口座番号				
口座名義人 (カタカナ)				

ゆうちょ銀行の場合は、振込用の店名（漢数字）・預金種目・口座番号を記入してください。

上記のとおりに関係書類を添えて食事療養・生活療養に係る標準負担額差額の支給を申請します。

年 月 日

(宛先) 京都府後期高齢者医療広域連合長

申請者 住所 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_  
 連絡先 \_\_\_\_\_