

後期高齢者医療 食事療養等差額 支給申請書

保険者番号			個人番号										
被保険者番号			被保険者氏名										
診療年月	年 月		生年月日	年 月 日									
支給対象入院日数		日											
支給対象入院期間	年 月 日		～	年 月 日									
差額	円												

私は、食事療養等差額の支給を申請します。

また、この申請に関して、北海道後期高齢者医療広域連合が必要に応じ、医療機関等に対して照会することについて同意します。

① 申請日		年 月 日																		
② 申請者氏名（該当に✓）		☐ 被保険者本人 ☐ 相続人代表者（ ）																		
③ 申請者住所（該当に✓）		（被保険者本人の場合） （相続人代表者の場合） ☐ 住民票住所と同じ ☐ 申立書住所と同じ																		
④ 電話番号		— — ※申請書に不備があった場合に連絡します。日中に繋がる番号を記入してください。																		
⑤ 口座情報	⑤－１ 口座名義人 （カタカナ）	A B C D E F G H I J K L M N O P Q																		
	⑤－２ 金融機関名	銀行・信金 信組・農協 漁協・労金										⑤－３ 店舗名	本店 支店 （ ）							
	⑤－４ 口座種別	普通 （ ）										⑤－５ 口座番号	A B C D E F G ※「0」を省略せず、左詰めで記入							

【受領委任欄】 受領の権限を委任する場合に使用

⑥ 委任者氏名	印											
⑦ 受任者氏名												
⑧ 受任者生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日											
⑨ 受任者住所	（〒 — ）											
⑩ 受任者電話番号	— —											

市町村使用欄	※該当ある場合は✓すること	（備考）	市町村受付印
☐ 申立書受領済 ☐ 登記事項証明書等確認済			