様式第３５号（第２２条関係）

市　町　名	
市町管理番号	
被保険者番号	

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

保険者番号	3 9 2 4	療養を受けた	被保険者氏名		
被保険者番号			個人番号		
公費負担者番号			生年月日	年　月　日	
公費受給者番号					

療養を受けた医療機関等の所在地	
療養を受けた医療機関等の名称	
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・生活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	

第三者行為の事実の有無について	有・無	第三者の氏名		第三者の住所	
	※有の場合は、第三者の氏名及び住所を書いてください。				

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

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。

振込先	銀　行 信用金庫 信用組合 協同組合 （　　）	本店・支店 出張所	預金種別	1．普通 2．当座 （　　）
口座番号等（右詰に記載）				
口座名義 フリガナ				
口座名義 氏名				

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・生活療養標準負担額差額の支給を申請します。

年　　月　　日

（あて先）三重県後期高齢者医療広域連合長

〒

申請者　住　所　　続柄

氏　名　　電話番号

委任状

私は、　　を代理人と定め、この後期高齢者医療食事・生活療養標準負担額差額支給申請により受ける後期高齢者医療給付に関する一切の権限を委任します。

年　　月　　日

（あて先）三重県後期高齢者医療広域連合長

〒

被保険者　住所　　氏名

市町確認欄					
受付者	本人確認	個人番号確認	備　考	保険料充当	入力日確認
	運転免許証・個人番号カード 住基カード・障害者手帳 資格確認書・介護保険証 その他（　　）	個人番号カード 通知カード その他 （　　）		有 無	

広域連合確認欄	
確認	入力・修正

市町受付印

※食事・生活療養標準負担額を支払った事実の確認できる書類を添付してください。

※なお、資格確認書の交付を受けている者は、当該資格確認書を添えて申請してください。