様式第 11 号

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		個人番号		
被保険者番号		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	
発病又は負傷の理由	1：第三者行為（交通事故等）　2：その他（自損事故・疾病等）

差額支給	イ（　－　）円 × （　）回 ＝ （　）円 ロ（　－　）円 × （　）回 ＝ （　）円 ハ（　－　）円 × （　）回 ＝ （　）円 二　却下（理由　）	合　計　—

振込先

下記「ア」「イ」のどちらかに○をつけ、必要事項を記入してください。
※「ア」と「イ」両方に記入されている場合は、「イ」に記入されている口座を振込先口座として登録します。

ア	**公金受取口座を振込先に指定します。**	※被保険者本人が受け取る場合に限り指定できます。 ※マイナポータル等で登録されている方に限り指定できます。
イ	**以下の口座を振込先に指定します。**	※「ア 公金受取口座」を選択された場合は記入不要です。 ※申請者以外の口座名義の場合は、委任状欄も記入してください。

金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 （　）	店名	本店・支店 （　）	預金種別	普通 当座 その他 （　）
口座番号			網掛け部は記入不要です。		該当するものに○をつけてください。
口座名義（カタカナ）					

口座名義は上段より左づ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。

上記のとおりに関係書類を添えて食事療養差額の支給を申請します。

大阪府後期高齢者医療広域連合長　宛　　年　月　日

申請者（被保険者または相続人代表者）

郵便番号　　住　所

氏　名　　連絡先

下記委任状欄を記入する場合、申請者が手書きまたは記名押印してください。

委任状欄

上記食事療養差額の受領に関する一切の権限を次の者に委任します。

受任者（口座名義人）

〒　－

住　所

氏　名

委任者（申請者）　（記入日）　年　月　日

住　所：　同上

氏　名

申請者が手書きまたは記名押印してください。