様式第15号（第16条関係）

|  |
| --- |
| 後期高齢者医療標準負担額差額支給申請書 |
| 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 受給者 | 氏名 |  | 生年月日 |  | 男・女 |
| 年　　月　　日生 |
| 居住地 |  |
| 被保険者番号 |  |
| 保険者の名称及び所在地 |  |
| すでに減額認定証の交付を受けている方のみ記入してください。 | 交付年月日 | 年　　月　　日 |
| 適用年月日 | 年　　月　　日 |
| 長期該当年月日 | 年　　月　　日 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 入院をした保険医療機関等 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 入院日数 | 　　　　年　　月　　日から日間　　　　年　　月　　日まで |
| 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 |
| 入院時一部負担金限度額適用・標準負担額減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由 |  |
| イ　長期入院該当申請日以降、長期入院該当年月日前の入院であったためロ　その他 |

上記のとおり関係書類を添えて後期高齢者医療の標準負担額差額の支給を申請します。

　　　　　　　年　　月　　日

住所

申請者（所在地）

氏名　　　　　　　　印

椎葉村長　　　　　殿

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 市町村処理欄 | 差額支給 | イ　(780－650)円×(　　)日＝(　　　)円ロ　(650－500)円×(　　)日＝(　　　)円ハ　(780－500)円×(　　)日＝(　　　)円ニ　(780－300)円×(　　)日＝(　　　)円ホ　却下（理由　　　　　　　　　　　） | 受理番号(第　　号)台帳番号(第　　号)合計(　　　　　)円支給等年月日年　月　日 |