

後期高齢者医療差額ベッド料助成申請書

年 月 日

(あて先)成田市長

住所
申請者 氏名
電話

次のとおり差額ベッド料の助成を受けたいので申請します。

申 請 者	入院患者	氏名		医療機関	
		生年月日		所在地	
	保険者番号				
	後期高齢者医療の被保険者番号				
家 族 状 況	氏名	続柄	生年月日	所得の有無	備考
		本人	年月日	有無	
			年月日	有無	
			年月日	有無	
			年月日	有無	
決定額を下記の口座へ振り込み依頼します。					
	振込先	銀行・農協	支店	口座番号	普・当
		信用金庫	支所	フリガナ	
				口座名義	

証 明 書

年 月分の入院として.....様の日数は.....日、ベッド(室)料は、1日.....円であることを証明します。

年 月 日

医療機関の所在地.....
開設者の氏名..... (印)

※太枠の中だけ記入してください。

申請額	円	日数	日	決定額	円
-----	---	----	---	-----	---

○被保険者以外の方が申請または受領を行う場合は、裏面の委任状
または申立書も併せて記入してください。

(裏面)

差額ベッド料助成

○被保険者が他の人に委任する場合 (委任状)

私は、下記の者を代理人と定め、次の権限を委任する。

私に係る後期高齢者医療差額ベッド料助成金の(申請・受領)に関すること。

被 保 険 者 住 所 _____

氏 名 _____ (印)

代 理 人 住 所 _____

氏 名 _____ (印)

連 絡 先 _____

被保険者との関係 _____

○被保険者が死亡している場合 (申立書)

申 立 者 住 所 _____
(相続人代表者)

氏 名 _____ (印)

被相続人からみた続柄 _____

私は、 _____ (被相続人)の死亡にともない、相続人代表として、成田市後期高齢者医療差額ベッド料の助成に関する規則に基づいて支給される助成金の受領を行うことを申し立てます。

なお、他の相続人に対しましては、私(申立者)が責任を持って異議のないように処置いたします。