

被保険者(差額ベッド利用者)のお名前(ご本人が亡くなられている場合は相続人の方)

後期高齢者医療差額ベッド料助成申請書

令和〇年〇月〇日

(あて先)成田市長

住所 成田市花崎町760番地
申請者 成田 花子
電話 090-0000-0000

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

入院患者	氏名	成田 花子		医療機関	〇〇病院
	生年月日	〇年〇月〇日		所在地	病院の住所を記入
保険者番号		39122114			
後期高齢者医療の被保険者番号		保険証の番号を記入			
家族状況	氏名	続柄	生年月日	所得の有無	備考
	成田 花子	本人	〇年〇月〇日	有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>	
			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	〇〇	銀行・農協	〇〇	支店	口座番号
		信用金庫		支所	フリガナ
					口座名義
				普・当	1234567
				ナリタ ハナコ	
					成田 花子

者

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

証明書欄は医療機関に記入してもらってください

医療機関の所在地.....
開設者の氏名.....

※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
-----	---	----	---	-----	---

〇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)

振込先を被保険者以外の方にしたい場合、記入してください

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)

被保険者が亡くなっている場合、記入してください

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。