

8XXXXXXXX
 20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
 20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
 20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
 20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
 20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

2XZ9年Z9月Z9日
 <ご遺族様用>

#9999999999

兵庫県後期高齢者医療広域連合

負担割合差額申請の提出について(ご案内)

平素は、後期高齢者医療広域連合給付業務にご協力いただきありがとうございます。
 この度、医療機関等の受診の際にご負担いただいた一部負担金について、本来の負担割合(1割または2割)より高い割合(2割または3割)でご負担されているものがありました。
 つきましては、一部負担金の差額分を支給いたしますので、同封の申請書類に記入のうえ、「返信用封筒」に入れてご返送いただくか、市(区)町の後期高齢者医療担当窓口申請していただきますようお願いいたします。申請月から約3カ月後にご指定の振込口座に支給額を振込する予定です。振込の際には、当広域連合から「支給決定通知書」を別途送付して振込日をお知らせします。
 なお、今回のご案内は、診療報酬明細書をもとに2XZ9年Z9月Z9日時点で確認できた診療年月分のみですので、ご了承ください。

記

1. 被保険者番号 8XXXXXXXX
2. 被保険者氏名 20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
3. 支給予定額 Z,ZZZ,ZZZ,ZZ9円
4. 内 訳 申請書裏面参照
5. 提出していただくもの
 - 「後期高齢者医療療養費支給申請書」【別紙1】
 - 「後期高齢者医療給付費受領申立書」【別紙2】
 - 「相続人(口座名義人)の方の本人確認書類」(運転免許証などの証明書の写し等)
 - * 相続人とお亡くなりになった被保険者が同一世帯でない(住民票上の世帯が別である)場合は、続柄が確認できる戸籍謄本の写し等が別途必要です。

ご注意下さい

- * 本状の再発行はできませんので、ご了承ください。
- * すでに医療機関等で差額分を返金いただいている方、もしくは行き違いで負担割合差額申請がお済みの方は、申請の必要はありません。

6. 問い合わせ先 兵庫県後期高齢者医療広域連合 給付課(コールセンター) 078-326-2023