

医療機関等コード	1	7	レセプト管理番号																	
都道府県番号	8	9	給付割合 090:9割 080:8割 070:7割	10	12	0	0	保険種別 1. 単独 2. 2者併用 3. 3者併用	13	区分コード	07. 高入9 08. 高外9	09. 高入7 00. 高外7	14	15	0					
保険者番号	16	3	9	1	4	0	0	療養を受けた被保険者氏名	広域 太郎											
被保険者番号	24	0	0	0	0	0	0	生年月日	明治・大正・昭和 ○○年 ○○月 ○○日											
個人番号	32	0	0	0	0	0	0	43												
公費負担者番号	44	51	診療開始年月日	52	令和	53	54	年	55	56	月	57	58	日	から					
公費受給者番号	59	65	診療終了年月日	66	令和	67	68	年	69	70	月	71	72	日	まで					
診療年月	73	令和	74	75	年	76	77	月	診療実日数	78	79	日	点数表コード	80	1. 医科 3. 歯科 4. 調剤 6. 訪問 7. 柔整 8. 鍼灸 9. マッサージ					
療養費区分コード	81	82	01. 一般診療 02. 海外療養費 03. 補装具 04. 柔整 05. マッサージ 06. 鍼灸 07. 移送 08. 生血 09. 保険外併用療養費 49. その他療養費 99. その他差額																	
傷病名									診療を受けた医療機関名及び所在地											
発病又は負傷年月日	昭和・平成・令和 年 月 日								医師等の氏名											
傷病経過									支給申請をした理由	<input type="checkbox"/> (1) 業者による装具製作のため <input type="checkbox"/> (2) 救急で保険証等を所持していなかったため <input type="checkbox"/> (3) 現物給付が受けられないため <input type="checkbox"/> (4) その他()										
発病又は負傷の理由	<input type="checkbox"/> (1) 第三者行為(交通事故等) <input type="checkbox"/> (2) 自損事故 <input type="checkbox"/> (3) その他疾病等								受付年月日	83	令和	84	85	年	86	87	月	88	89	日

※金額は右詰で記載してください。

費用額	90	97	食事回数	98	100	公費対象負担金額	101	108		
請求金額	109	116	食事標準負担額	117	122	公費患者負担額	123	130		
負担金額	131	138	食事決定金額	139	144	支払先都道府県番号	145	146	支払先点数表	147
決定金額	148	155	支給決定額	156	163	支払先番号	164	170		

※金融機関口座または公金受取口座のいずれか1つをご選択ください。

※両方記入されている場合は、公金受取口座を優先します。

※口座番号は右詰で記載してください。

※口座名義人(カタカナ)は上段より左詰で記載してください(濁点・半濁点は1字として、姓と名の間を1字空けてください)。

振 込 先	<input type="checkbox"/> 下記の口座を振込先に指定します。	<input checked="" type="checkbox"/> マイナンバーに紐づけされた公金受取口座を指定します。 <small>※公金受取口座は被保険者本人のみ利用可能です。 ※公金受取口座を登録されていない場合は利用できません。</small>
	<p style="text-align: center;">振込先欄の記入箇所は以上です。 振込先欄について以下は記入しないでください。</p> <div style="border: 2px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; text-align: center; margin: 10px 0;"> <p>公金受取口座を指定する場合、口座情報の記入は不要です。</p> </div>	

申 請 欄	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 上記のとおり関係書類を添えて申請します。 神奈川県後期高齢者医療広域連合長 〒○○○-○○○○ 住所 ○○市△△町□□番地×× 申請者 氏名 広域 太郎 電話 ○○○-○○○○-○○○○	備考欄 <input type="checkbox"/> 本人確認 <input type="checkbox"/> 資格・負担割合確認
	受付印	

委 任 状	私は、次の者に療養費の受領に関する一切の権限を委任します。 受任者(住所) 公金受取口座は、被保険者本人のみ利用可能なため、委任状欄の記入は不要です。	委任者(申請者) 氏名 _____
	氏名 _____	氏名 _____