

後期高齢者医療療養費支給申請書

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	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			23	療養を受けた 被保険者氏名													
被保険者番号	24							31	生年月日		明治・大正・昭和 年 月 日											
個人番号	32								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	5	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									☐ (1) 業者による装具製作のため ☐ (2) 救急で保険証等を所持していなかったため ☐ (3) 現物給付が受けられないため ☐ (4) その他()													
発病又は 負傷の理由	☐ (1) 第三者行為(交通事故等) ☐ (2) 自損事故 ☐ (3) その他疾病等								受付年月日 5 令和 年 月 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)。

[illegible]

申請欄	年 月 日	備考欄
	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 申請者 氏名 電話	☐ 本人確認 ☐ 資格・負担割合確認

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。		文 付 印
	受任者(口座名義人)	委任者(申請者)	
	住所		
	氏名	氏名 ⑩	