j	第11号様式		後其	期高團	冷者	医源	景食事	療養等	差	額支	給申請	青書 [人口座	
[3	医療機関コード					連	番								
者	邓道府県番号		給付割台	90	0:9割	0	9 0	保険種別	1.	単独	1 区分	ナコード	07. Ā	高入9	0 7
1	保険者番号	3 9	1 4	00	00	0		を受けた 食者氏名			戊	域	太郎	5	
被	安保険者番号	00	00	00	0 (0	生年	F月日	明	月治・大	下正 昭和		O年 O	0月()O
作	固人番号	00	00	00	00	0 (00							
	参療 再月 5 ♠	和	年	月	診療 実日			日点数表二	ュード	1. 医 3. 強		療養	費 51 ード	L.食事標準 負担差額	
	を受けた医療機及 び 所 在														
7	八院 日数	平成	· 令和	年	月	日:	から	平成•令和		年	月日	目まで	E	日間	耳
7	八院 日数	平成	· 令和	年	月	月;	から	平成•令和		年	月日	目まで	F	日間	耳
<u></u>	食事標準	1. (,) 円 ×	() 回	= () 円	支給決定	額		
	預 支	<u>負担額</u> 2. ()円 × () 回	回 = ()円							
	治 負担 相当額	1. (2. () 円 × () 円 × () 回)円				円
	<u>'</u>	□ (1)第	三者行為(交通事情	汝等)		減婚靭傷	定を受けている					資格確認な		ため
1	発病又は 負傷の理由	□ (2) 自	損事故	ことの確 た 理 由			認を受けなか	~	□ (2) 長期入院 □ (3) その他		ョ p 前の))	
		□ (3) そ	の他疾病等		同数•□	応釆-	무/+ / 	で記載してく				(J
食	事 回 数			※ 金融 ※両方	機関ロ記入され	 座 ま	たは 公 会	金受取口座 、公金受取口	り いず 座を優	れか1つ ほ先します	-	?ください	0		
				※口座:	名義人 <u>.</u>	(カタス	<u>りナ)は上</u>	段より左詰 で 姓と名の間を	記載し	てくださ	い。				
			13 # 1-+	د د ار ع	ر ما								旨定 しまっ	<u></u> す。	
	▼ 下記の口座を振込先に指定します。														
											己入箇所		です。 しないて	マノゼキル	
振			組	行				1	K JUSTI		先区分コー			頁金種	
込	00		信用信用		\triangle	Δ	\triangle	支出張	店所		. 被保険者		1	1. 普通剂	
先	金融機	関コード	協同		F				所	I	座番	号	1		
	0 0	O C	Δ	Δ	Δ	×	×	××	×	×	×	//			
	コウ	1 #		タ	п	ゥ	座名	3 義 人(カタカ	ナ)					
	7	7 7		7	Р	·/									
	令和〇 年	0	<u> </u>									 fi	開考欄		
		県後期高				関係	書類を流	たえて申請し	ます。	区分		*=·			
申	11287	₹000-C		14-30.2						人院	民医療必要性	王局い			
請		00市Δ	△町□□	š地 ××											
欄	申請者 氏名	広域 太	郎												
	電話	000-0	000-0	0000						□本月 □資格	、確認 各・負担割	合確認	_	受付	<u></u>
	私は、次の者	に療養費の	受領に関	 する一切	の権限	 を委任				1				文刊	17
委		任状欄は					Š	委任者(申請者	雪)						
任状		なる振込 合に記入			ବ										
1	氏名											(EI)			

保険者参号 3 9 1 4 0 0 0 改業を受けた 広域 太郎 技術院書を号 3 9 1 4 0 0 0 改成院育五名 大郎 技術院育五名 大郎 技術院育五名 大郎 大郎 大郎 大郎 大郎 大郎 大郎 大	第11号様式 後期高齢者医療食事療養等差額支給申請書 本人口座以												l外										
(回り) (回り)	医	療機	関コード								連	[番										
振保険者会号	都	道府	県番号			給作	寸割名	j	090	:9割	() (9 () 1	保険種別	1	. 単独	1	区分	コード	()7. 高入9	0 7
第一	79	呆険者	省号	3	9	1	4	0	0	0	0								広	域	太	郎	
参報 5 今年 月 月 東日敦 日 点数表コード 1. 医科 第音費 5. 食事保護 (共産物) 2. 食 が 所 在 地 人 苑 日 教 平成・今和 年 月 日から、平成・今和 年 月 日本で 日間 ア 乗り取り 2. () 円×() 回=() 円 大きに対して、	被	保険	者番号	0	0	0	0	0	0	0	0		生	年月	日		明治・	大正	昭和		00年	00月	00 H
	個	国人	番号		\circ	\circ	\bigcirc	\bigcirc	\bigcirc	\cap	\bigcirc	\bigcirc	\circ	\bigcirc	\circ								
			5 令和		Ŭ		Ŭ	Ŭ		診:	療		Ŭ		l	ュード							
					<u>. </u>								•										1 - 1
### 2					平成	· 令和	П	年		月		日か	<u></u> Б	!	平成•令和		年	月	日	まで		日間	日
	入	、院	日数		平成	· 令和	П	年		月		日か	<u>5</u>		平成•令和		年	月	日	まで		日間	甲
無	差	4111		1	. ()	円×	(() 巨] =	()	円	支給決	定額		
# #15個 2. () 日 × () 回 = () 日	支	類		2. (
### 2	糸	<u>}</u>																					円
(国) 日 (国) 日 (国) 日 (国) 日 (国) 日 (国) その他 (国) (国) その他 (国) (国) その他 (国) (国) その他 (国)		欢信∀	774		1) 第	三者	行為(交通	事故	(等)		海	拔額認	定を	受けている	3							ため
 金 事 回 教 ※食事回教・口座番号は右龍で記載してください。 ※一般なるのでは、から変なり、関係を失します。 ※一度なる人(カタカナ)は上臭い左龍で記載してくどさい。 (満点・半満点は1字として、姓と名の間を1字空けてください。) (満点・半満点は1字として、姓と名の間を1字空けてください。) アイナンバーに紅づけされた 公金受取口座を指定します。 ※公会受取口座は接線除法人のお月可用をです。 ※公会受取口座と接線されていない場合は利用できません。 接込先欄について以下は記入しないでください。 大佐田の記入館所は以上です。 振込先欄の記入館所は以上です。 振込先欄について以下は記入しないでください。 大佐田の記入館所は以上です。 振込先欄について以下は記入しないでください。 大佐田の記入館所は以上です。 振込先欄について以下は記入しないでください。 大原産機関コード 文店コード 日座 名 義 人 (カタカナ) コ ウ イ キ シ ロ ウ 中 神奈川県後期高齢者医療広域連合長 〒〇〇〇〇〇〇〇 住所 〇〇市ム本町口番地×× 申請者 氏名 広域 太郎 電話 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○								牟							を受けなか		☐ (3) ²	その他					
 先金融機関コード 支店コード ロ座番号 ○○○○○○ Δ Δ × × × × × × × × × × × × × × ×		V					銀信用	旨定 金庫		す。]₹: % %	イナ 、 ※公金 ※公金	ンバ 受取	・ に紙・ 口座は被保 口座を登録	づけ 除者が されて	された。 本人のみ いない場 た欄 の た た 根 で 支	公金: 利用可合は系 記入 つい 払先区	受取り能ですり用でき	。 ません。 は以上 ドは記		いでください 預金種	
□ 座 名 義 人 (カタカナ) □ ウ イ キ シ ・ ロ ウ 中	先	金	融機関	コー	: - k				<u> }</u>	ξ'		-				: 所	1 - - :	座:	番::	号		/: /:	<i>[</i> : ,
つ		0	0	0	С)	Δ	Δ		Δ	×							>	'				
申		٦	ゥ	1	+			シ		*	П			'	我 八 (V / /						
中 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 ○○○-○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○		۸ ،	<u> </u>			$\frac{\bot}{\frown}$															備考材	iii	
 電話 OOO-OOOO □本人確認□資格・負担割合確認 受付印 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(口座名義人) 委任者(申請者) 住所 ○○市△△町□□番地×× 	請	中 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											類を 	添え 	て申請し	ます	区		必要性	高い	,		
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。							0-0	000	00											∵ 龙章玑			
		受信 <u>住</u> 房	E者(口座: 「 <u>OO</u>	名義 <i>丿</i> 市 <u>△</u> ∠	<u>/</u> 7 <u>#</u> 1□				一切0	の権限	でを委	任し	ます。	委伯			_	怡 *月	7旦割行	広		受付	·印

É	第11년	号様式		後期	高齢	者医:	療食事	事療養等	差額支	給申請	青書 🦳	公金受取口	座
医	医療機関	関コード				連	番						
都	『道府』	県番号		給付割合	090:9	· B C	9 0	保険種別	1. 単独	1 区分	ナコード	07. 高入9	0 7
召	保険者	香番号	3 9	1 4	000	0 0		を受けた 食者氏名		戊	域	太郎	
被	保険	者番号	00	000	000	0 0	生生	F月日	明治・	大正 昭	00	年 〇〇月 ()O
個	固人	番号	00	000	000	0 0	00	00					
	参 療 F 月	5 令利		年	В	診療 実日数		日 点数表=		医科 歯科	療養費 区分コー	51.食事標準 負担差額	
		た医療機関 所 在 均											
		日数	平成•	令和	年		目から	平成•令和	年	月日	 ∃まで	日間	旦
入	院	日数	平成•	令和	年		∃から	平成•令和	年	月 [∃まで	日間	耳
		食事標準	1. () [) × () 回	= () 円	支給決定额	 Į	
額		負担額	2. () 回) 円			
糸		負担 相当額	1. (2. (3 × () 回	`) 円			円
			□ (1) 第三	三者行為(ダ			1			医療機関で		格確認ができない	ため
	発病又 負傷の3		□ (2) 自排	員事故			減額認定 ことの確 た理由	定を受けている 認を受けなか	D □ (2) # つ □ (3) %		当日前の人	院であったため)
			□ (3) その		*/	v. – – –			_ (-)	C V) 11L	l		J
食	事	回 数			※金融機	関口座	または公会	で記載してく 金受取口座 の 、公会受取只	○いずれか1	つ をご選排	尺ください。		
及	7	四 奴			※口座名詞	夏人 <u>(カタ</u>	カナ)は上	<u>、 </u>	記載してくだる	えい。			
			•	•		V	ノ 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。	
	Ш.	下記のロ	口座を振う	込先に指	定します	0	※公金9	受取口座は被保 受取口座を登録	険者本人のみる	利用可能です	r.		
			J						<u> </u>			す。 しないでください	`
振				ÆH.	行			1/2		公先区分コ		預金種	
込				銀	11					ムル区ガー		1只亚俚	
先													-
				公金	受取口層	を指:	定する均	易合、口座	情報の記え	人は不要	です。		
													ļ
													J
	Δ.1			· ·				· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·					
	行₹		○ 月				系書類を流	添えて申請し	区	分 I			
申			県後期高齢 〒000-00		3. 以理管计	₹			八	院医療必要性	生高い		
請		住所	00市ΔΔ	△町□□番:	地××								
欄	申請	者 <u>氏名</u>	広域 太郎	邺									
		電話	000-0	000-0	000					人確認 ※ 格·負担割		受付	EΠ
		. 次の者に	こ療養費の登	英価に関す		年四ナ、禾	だしま す					文刊	F-14
委	受信	任者(公	金受取口 み利用可	座は、被	保険者	本人		委任者(申請者	<u>(</u>)				
委任状		任者(公 の	金受取口	<u>座</u> は、被 能なため	保険者	本人		委任者(申請者	í)				