

医療機関コード						連番																	
都道府県番号						給付割合		090:9割		090		保険種別		1. 単独		1		区分コード		07. 高入9		07	
保険者番号						3914〇〇〇〇		療養を受けた被保険者氏名		広城 太郎													
被保険者番号						〇〇〇〇〇〇〇〇		生年月日		明治・大正 昭和 〇〇年 〇〇月 〇〇日													
個人番号						〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇																	
診療年月		5令和		年		月		診療実日数		日		点数表コード		1. 医科 3. 歯科		療養費区分コード		51.食事標準負担差額		51			
診療を受けた医療機関名及び所在地																							
入院日数				平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで 日間 回																			
入院日数				平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで 日間 回																			
差額支給		食事標準負担額		1. ()円 × ()回 = ()円 2. ()円 × ()回 = ()円												支給決定額							
		負担相当額		1. ()円 × ()回 = ()円 2. ()円 × ()回 = ()円																			
発病又は負傷の理由				☐ (1) 第三者行為(交通事故等)				減額認定を受けていることの確認を受けなかった理由				☐ (1) 医療機関でオンライン資格確認ができないため											
				☐ (2) 自損事故								☐ (2) 長期入院該当日前の入院であったため											
				☐ (3) その他疾病等								☐ (3) その他 []											
食 事 回 数				※食事回数・口座番号は右詰で記載してください。 ※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。)																			

☒ **下記の口座を振込先に指定します。**

☐ 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。
※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。

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。

〇〇〇 銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 △△△	支店 出張所 支所 1	支払先区分コード 1. 被保険者	預金種目 1. 普通預金
---	--	---	---

金融機関コード	支店コード	口座番号
○ ○ ○ ○	△ △ △	× × × × × × ×

口座名義人 (カタカナ)									
コ	ウ	イ	キ	タ	ロ	ウ			

申請欄	令和○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	区分Ⅰ 入院医療必要性高い
	申請者	
	氏名 広域 太郎	
	電話 ○○○-○○○○-○○○○	☐ 本人確認 ☐ 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	委任者(申請者)
	住所	
	委任状欄は、申請者と名義の異なる振込先口座を指定する場合に記入が必要です。	
	氏名	氏名 ㊞

医療機関コード						連 番													
都道府県番号			給付割合	090:9割	0	9	0	保険種別	1. 単独	1	区分コード	07. 高入9	0	7					
保険者番号	3	9	1	4	〇	〇	〇	療養を受けた被保険者氏名	広域 太郎										
被保険者番号	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	生年月日	明治・大正 昭和 〇〇年 〇〇月 〇〇日										
個人番号	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇
診療年月	5	令和			年			診療実日数			日	点数表コード	1. 医科 3. 歯科		療養費 区分コード	51.食事標準 負担差額	5	1	
診療を受けた医療機関名及び所在地																			
入院日数		平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで 日間 回																	
入院日数		平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで 日間 回																	
差額支給	食事標準負担額	1. () 円 × () 回 = () 円															支給決定額		
		2. () 円 × () 回 = () 円																	
	負担相当額	1. () 円 × () 回 = () 円																	
		2. () 円 × () 回 = () 円																	
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					減額認定を受けていることの確認を受けなかった理由		☐ (1) 医療機関でオンライン資格確認ができないため ☐ (2) 長期入院該当日前の入院であったため ☐ (3) その他 ()										
食事回数		※食事回数・口座番号は右詰で記載してください。 ※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	☒ 下記の口座を振込先に指定します。										☐ 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。 ※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。																			
	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。										支払先区分コード										預金種目									
											1										1. 普通預金									
	金融機関コード										支店コード										口座番号									
	〇 〇 〇 〇										△ △ △										× × × × × × × ×									
口座名義人(カタカナ)										コ ウ イ キ シ ・ ロ ウ																				

申請欄	令和〇年 〇月 〇日 上記のとおり関係書類を添えて申請します。										備考欄									
	神奈川県後期高齢者医療広域連合長 〒〇〇〇-〇〇〇〇										区分Ⅰ 入院医療必要性高い									
	住所 〇〇市△△町□□番地××																			
	申請者 氏名 広域 太郎																			
電話 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇										☐ 本人確認 ☐ 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(口座名義人)										委任者(申請者)									
	住所 〇〇市△△町□□番地××																			
	氏名 広域 二郎										氏名 広域 太郎									

医療機関コード						連番	
都道府県番号		給付割合	090:9割	090	保険種別	1. 単独	1
区分コード	07. 高入9	07					
保険者番号	39140000	療養を受けた被保険者氏名	広域 太郎				
被保険者番号	00000000	生年月日	明治・大正 昭和 00年 00月 00日				
個人番号	0000000000000000						
診療年月	5 令和	年	月	診療実日数	日	点数表コード	1. 医科 3. 歯科
療養費区分コード	51. 食事標準負担差額	51					
診療を受けた医療機関名及び所在地							
入院日数	平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで 日間 回						
入院日数	平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで 日間 回						
差額支給	食事標準負担額	1. () 円 × () 回 = () 円 2. () 円 × () 回 = () 円					支給決定額 円
	負担相当額	1. () 円 × () 回 = () 円 2. () 円 × () 回 = () 円					
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		減額認定を受けていることの確認を受けなかった理由		☐ (1) 医療機関でオンライン資格確認ができないため ☐ (2) 長期入院該当日前の入院であったため ☐ (3) その他 []		
食事回数	※食事回数・口座番号は右詰で記載してください。 ※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	☐ 下記の口座を振込先に指定します。		☒ 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。 ※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。	
	↓		↘	
	銀 行	支払先区分コード	預 金 種 目	

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。

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。	備考欄
	神奈川県後期高齢者医療広域連合長 〒○○○-○○○○ 住所 ○○市△△町□□番地××	区分Ⅰ 入院医療必要性高い
	申請者 氏名 広城 太郎 電話 ○○○-○○○○-○○○○	☐ 本人確認 ※ ☐ 資格・負担割合確認
委任状	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() 住所 氏名	委任者(申請者) 氏名 (印)