

## 後期高齢者医療食事療養等差額支給申請書

|         |  |      |        |  |   |              |          |   |        |                |          |              |  |
|---------|--|------|--------|--|---|--------------|----------|---|--------|----------------|----------|--------------|--|
| 医療機関コード |  |      |        |  |   | 連番           |          |   |        |                |          |              |  |
| 都道府県番号  |  | 給付割合 | 090:9割 |  |   | 保険種別         | 1. 単独    |   | 区分コード  | 07. 高入9        |          |              |  |
| 保険者番号   |  |      |        |  |   | 療養を受けた被保険者氏名 |          |   |        |                |          |              |  |
| 被保険者番号  |  |      |        |  |   | 生年月日         | 明治・大正・昭和 | 年 | 月      | 日              |          |              |  |
| 個人番号    |  |      |        |  |   |              |          |   |        |                |          |              |  |
| 診療年月    |  |      | 年      |  | 月 | 診療実日数        |          | 日 | 点数表コード | 1. 医科<br>3. 歯科 | 療養費区分コード | 51. 食事標準負担差額 |  |

|                  |         |                       |       |  |   |     |  |  |   |  |   |     |    |   |
|------------------|---------|-----------------------|-------|--|---|-----|--|--|---|--|---|-----|----|---|
| 診療を受けた医療機関名及び所在地 |         |                       |       |  |   |     |  |  |   |  |   |     |    |   |
| 入院日数             |         |                       | 年     |  | 月 | 日から |  |  | 年 |  | 月 | 日まで | 日間 | 回 |
| 入院日数             |         |                       | 年     |  | 月 | 日から |  |  | 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 | 円     |  |   |     |  |  |   |  |   |     |    |   |
|                  |         | 2. ( )円 × ( )回 = ( )円 |       |  |   |     |  |  |   |  |   |     |    |   |

|           |   |                          |  |
|-----------|---|--------------------------|--|
| 発病又は負傷の理由 | <input type="checkbox"/> (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 | <input type="checkbox"/> (1) 医療機関でオンライン資格確認ができないため |
|           | <input type="checkbox"/> (2) 自損事故         |                          | <input type="checkbox"/> (2) 長期入院該当日前の入院であったため     |
|           | <input type="checkbox"/> (3) その他疾病等       |                          | <input type="checkbox"/> (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。<br>※口座名義人はカタカナで上段より左詰で記載してください。<br>(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 | 銀行<br>信用金庫<br>信用組合<br>協同組合 | 支店<br>出張所<br>支所 | 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(カナ)                  |                 |          |         |      |         |
|     |                            |                 |          |         |      |         |

|     |                       |   |     |
|-----|-----------------------|---|-----|
| 申請欄 | 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<br>〒 |   |     |
|     | 住所                    |   |     |
|     | 申請者<br>氏名             |   |     |
| 電話  |                       | <input type="checkbox"/> 本人確認<br><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(口座名義人)                    | 委任者(申請者) |  |
|     | 住所                            |          |  |
| 氏名  | 氏名                            | Ⓜ        |  |