

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	○	○	療養を受けた被保険者氏名	広域 太郎												
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	5	令和	年	月	診療実日数		点数表コード	1. 医科		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																
	負担相当額	1. ()円 × ()回 = ()円																	
	2. ()円 × ()回 = ()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 checked="" 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 checked="" 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。 ※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。 (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	金融機関コード	000	信用金庫 信用組合 協同組合	支店コード	△△△	出張所 支所	支払先区分コード	1. 被保険者	預金種目	1. 普通預金									
	口座番号	○	○	○	○	△	△	△	×	×	×	×	×	×	×	/	/	/	/
	口座名義人(カナ)	コウイキハナコ																	

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 〒 000-0000		
	住所 ○○市△△町□□番地××		
	申請者	氏名 広域 太郎	
	電話 000-000-0000		<input type="checkbox"/> 本人確認 <input type="checkbox"/> 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。	
	受任者(口座名義人)	委任者(申請者)
	住所 ○○市△△町□□番地××	
	氏名 広域 花子	氏名 広域 太郎