

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		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				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		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																		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)				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。)

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。																															
	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合				支店 出張所 支所				支払先区分コード				預金種目																			
	1				1. 被保険者				1				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)																																

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																															
	〒																															
	住所																															
申請者 氏名																☐ 本人確認 ☐ 資格・負担割合確認																
電話																																

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。																																受付印
	受任者(口座名義人)																委任者(申請者)																
	住所																																
	氏名																氏名 ㊞																