

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	療養費区分コード
		3. 歯科	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	
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	決定額(支給金額)	
		2. ()円 × ()回 = ()円		
	負担相当額	1. ()円 × ()回 = ()円		円
		2. ()円 × ()回 = ()円		

受付年月日	年 月 日	減額認定証を医療機関に提示できなかった理由	<input type="checkbox"/> (1) 入院中で申請手続きができなかったため
食事回数			<input type="checkbox"/> (2) 長期入院該当当日前の入院であったため
支給決定額			<input type="checkbox"/> (3) その他 []

※食事回数・金額・口座番号は右詰で記載してください。
 ※名義人はカタカナで左詰で記載してください。(姓と名の間に1マス空けてください)

振込先	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
	金融機関コード	支店コード	1. 被保険者	
	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		
	〒		
	住所		
申請者	氏名	⑩	<input type="checkbox"/> 資格確認
	電話		<input type="checkbox"/> 負担割合確認
			<input type="checkbox"/> 第三者行為等確認
			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	⑩