

後期高齢者医療療養費支給申請書

医療機関等コード	1							7							レセプト管理番号																																															
都道府県番号	8		9		給付割合		090:9割 080:8割 070:7割		10		12		0		0		保険種別		1. 単独 2. 2者併用 3. 3者併用		13		区分コード		07. 高入9 08. 高外9		09. 高入7 00. 高外7		14		16		0																													
保険者番号							16							3							9							1							4							療養を受けた 被保険者氏名																				
被保険者番号							24							31							生年月日							明治・大正・昭和														年							月							日						
個人番号							32							43																																																
公費負担者番号							44							51							診療開始年月日							52		令和		53		54		年		55		56		月		57		58		日		から												
公費受給者番号							59							65							診療終了年月日							66		令和		67		68		年		69		70		月		71		72		日		まで												
診療年月							73		令和		74		75		年		76		77		月		診療実日数							78		79		日		点数表 コード		80		1. 医科 7. 柔整		3. 歯科 8. 鍼灸		4. 調剤 9. マッサージ		6. 訪問																
療養費区分 コード							81		82		01. 一般診療 02. 海外療養費 03. 補装具 04. 柔整 05. マッサージ 06. 鍼灸 07. 移送 08. 生血 09. 保険外併用療養費 49. その他療養費 99. その他差額																																																			
傷病名																					診療を受けた 医療機関名及び所在地																																									
発病又は 負傷年月日							昭和・平成・令和							年							月							日							医師等の氏名																											
傷病経過																					支給申請をした理由							<input type="checkbox"/> (1) 業者による装具製作のため <input type="checkbox"/> (2) 救急で保険証等を所持していなかったため <input type="checkbox"/> (3) 現物給付が受けられないため <input type="checkbox"/> (4) その他( )																																		
発病又は 負傷の理由							<input type="checkbox"/> (1) 第三者行為(交通事故等) <input type="checkbox"/> (2) 自損事故 <input type="checkbox"/> (3) その他疾病等														受付年月日							83		令和		84		85		年		86		87		月		88		89		日														
※金額は右詰で記載してください。																																																														
費用額							90		97		食事回数							98		100		公費対象 負担金額							101		108																															
請求金額							109		116		食事標準 負担額							117		122		公費患者 負担額							123		130																															
負担金額							131		138		食事 決定金額							139		144		支払先 都道府県番号							145		146		支払先 点数表							147																						
決定金額							148		155		支給決定額							156		163		支払先 番号							164		170																															
※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。 ※口座番号は右詰で記載してください。 ※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)。																																																														
<input type="checkbox"/> 下記の口座を振込先に指定します。														<input type="checkbox"/> 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														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																																									
金融機関コード							173		176		177		179		180		186		187		192		1. 被保険者							172		1		1. 普通預金																												
口座番号							173		176		177		179		180		186		187		192																																									
口座名義人(カタカナ)																																																														
193														232																																																
233														272																																																
申請欄														備考欄																																																
年 月 日 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 〒 住所 申請者 氏名 電話														<input type="checkbox"/> 本人確認 <input type="checkbox"/> 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(口座名義人) 委任者(申請者) 住所 氏名 氏名 ㊞																																																														