

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				
	負担相当額	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) <input type="checkbox"/> (2) 自損事故 <input type="checkbox"/> (3) その他疾病等			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) 長期入院該当日前の入院であったため <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。 ※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	<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	支店コード				口座番号	1	1. 被保険者	1	1. 普通預金		
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											
	電話						<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						氏名 印					
氏名												