



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 2. () 円 × () 回 = () 円																		支給決定額 円					
	負担相当額	1. () 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) <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										支払先区分コード		1		1. 被保険者		1		預金種目		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。 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										備考欄														
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										□本人確認 □資格・負担割合確認 受付印														
	氏名										氏名 印														