

# 後期高齢者医療負担割合差額支給申請書

年 月 日

神奈川県後期高齢者医療広域連合長

次のとおり、後期高齢者医療負担割合差額の支給を申請します。

申請者 〒

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

保険者番号	3 9 1 4	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

※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。

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。 <small>※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。</small>	
	↓		↘	
	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	支店 出張所 支所	種目	口座番号
	金融機関コード	支店コード	口座名義人	
口座名義人 (カタカナ)				

記入箇所は以上です。以下は記入しないでください。

※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)。

委 任 状	私は、次の者に負担割合差額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 _____	

総医療費	
【変更前】負担金額(a)※ (点数×負担割合または限度額)	
【変更後】負担金額(b)※ (点数×負担割合または限度額)	
支給金額(a) - (b)	

※負担割合ごとに申請書の提出が必要となります。  
 ※(a)(b)レセプトが複数あり、その負担金額の合計が限度額に達する場合であっても、それぞれの負担金額の合計になります。  
 (b)限度額を超えた分は、高額療養費での支払いになります。

レセプト件数	件
--------	---

備考欄	受付印
負担割合変更確認※ <input type="checkbox"/> 3割→1割 <input type="checkbox"/> 3割→2割 <input type="checkbox"/> 2割→1割  <input type="checkbox"/> 本人確認 <input type="checkbox"/> 第三者行為等確認	