

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 氏

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

※口座番号は右詰で記載してください。

振 込 先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	支店 出張所 支所	種目	1.普通	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)																		

※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)								

総医療費	
3割負担金額(a)※ (点数×3または限度額)	
1割負担金額(b)※ (点数×1または限度額)	
支給金額(a) - (b)	

レセプト件数	件
--------	---

備考欄	受付印

本人確認
 負担割合確認
 第三者行為等確認

※(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。