第12号様式

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 0 12 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 0 15				

保険者番号	16 3 9 1 4 23	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 5 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 5 令和 67 68 年 69 70 月 71 72 日 まで
診療年月	73 5 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 3. 歯科 4. 調剤 6. 訪問 7. 柔整 8. 鍼灸 9. マッサージ	
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	□ (1) 業者による装具製作のため □ (2) 救急で保険証等を所持していなかったため □ (3) 現物給付が受けられないため □ (4) その他(　　)
発病又は負傷の理由	□ (1) 第三者行為(交通事故等) □ (2) 自損事故 □ (3) その他疾病等	受付年月日	83 5 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)。

振込先

□ **下記の口座を振込先に指定**します。

□ **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
		171 1 1. 被保険者	172 1 1. 普通預金

金融機関コード	支店コード	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

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

□本人確認
□資格・負担割合確認

受付印

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　　氏名　　㊞