

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					
		2. ()円 × ()回 = ()円																	
差額支給		負担相当額		1. ()円 × ()回 = ()円										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。)																
<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>																
振込先			↓ ↙ 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							
			1			1. 被保険者			1			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)																			
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																			
<input type="checkbox"/> 本人確認 <input type="checkbox"/> 資格・負担割合確認																			
受付印																			
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																			