

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<br>080:8割<br>070:7割 |    |          | 10 | 12                   | 保険種別 | 1. 単独<br>2. 2者併用<br>3. 3者併用                                                                                                                                                         |    |    | 13         | 区分コード | 07. 高入9<br>08. 高外9 | 09. 高入7<br>00. 高外7                              | 14 | 15 |    |    |    |   |
| 保険者番号         | 16                                                                                                                    | 3  | 9                                                                                                     | 1  | 4  |                            |    |          | 23 | 療養を受けた<br>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                                                                                                                    |    |                                                                                                       |    |    |                            |    |          |    |                      |      |                                                                                                                                                                                     |    |    |            |       |                    |                                                 |    |    |    |    |    |   |
| 公費負担者番号       | 44                                                                                                                    |    |                                                                                                       |    |    |                            |    |          | 51 | 診療開始年月日              |      | 52                                                                                                                                                                                  | 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                                                                                                                                                                                  | 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<br>コード |       | 80                 | 1. 医科 3. 歯科 4. 調剤 6. 訪問<br>7. 柔整 8. 鍼灸 9. マッサージ |    |    |    |    |    |   |
| 療養費区分<br>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 08. 移送 09. 生血<br>10. 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<br>医療機関名及び所在地 |      |                                                                                                                                                                                     |    |    |            |       |                    |                                                 |    |    |    |    |    |   |
| 発病又は<br>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            |      | <input type="checkbox"/> (1) 業者による装具製作のため<br><input type="checkbox"/> (2) 救急で被保険者証を所持していなかったため<br><input type="checkbox"/> (3) 現物給付が受けられないため<br><input type="checkbox"/> (4) その他( ) |    |    |            |       |                    |                                                 |    |    |    |    |    |   |
| 発病又は<br>負傷の理由 | <input type="checkbox"/> (1) 第三者行為(交通事故等)<br><input type="checkbox"/> (2) 自損事故<br><input type="checkbox"/> (3) その他疾病等 |    |                                                                                                       |    |    |                            |    |          |    |                      |      | 受付年月日                                                                                                                                                                               |    | 83 | 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<br>負担金額 | 101 |               |           |     |            |  | 108 |     |
| 請求金額 | 109 |  |  |  |  |  | 116 | 食事標準<br>負担額 | 117 |  |     |  | 122 |     |  |              |     | 公費患者<br>負担額   | 123       |     |            |  |     | 130 |
| 負担金額 | 131 |  |  |  |  |  | 138 | 食事<br>決定金額  | 139 |  |     |  | 144 |     |  |              |     | 支払先<br>都道府県番号 | 145       | 146 | 支払先<br>点数表 |  | 147 |     |
| 決定金額 | 148 |  |  |  |  |  | 155 | 支給決定額       | 156 |  |     |  |     | 163 |  |              |     |               | 支払先<br>番号 | 164 |            |  |     | 170 |

※口座番号は右詰で記載してください。

※口座名義人はカタカナで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       | 銀行<br>信用金庫<br>信用組合<br>協同組合 |  |  |     | 支店<br>出張所<br>支所 |  |  |     | 支払先区分コード |                                   |  |  | 預金種目 |     |         |   |   |   |     |     |
|           |                            |  |  |     |                 |  |  |     | 171      | 1. 被保険者<br>2. 受領委任<br>3. 受領委任(団体) |  |  |      | 172 | 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。 |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                     | 備考欄 |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |
|     | 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  |                            |  |  |  |  |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> 本人確認<br><input type="checkbox"/> 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 (印) |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |