

## 重障老人健康管理費支給申請書【記入例】

受給対象者	<b>長岡 太郎</b>			後期高齢者医療被保険者証 被 保 険 者 番 号							
	大・ <b>昭</b> ○○年 ○○月 ○○日生			1	2	3	4	5	6	7	8
保険者名	京都府後期高齢者医療広域連合			保険者番号		3 9 2 6 2 0 9 2					
健康管理 指導機関名 及び所在地	入院 の 場 合				通院 の 場 合						
医師等の氏名											
医療を受 けた期間		年 月 日から 年 月 日まで				年 月 日から 年 月 日まで					
一部負担金額		円				外来・歯・薬 補装具・柔マ・訪 円					
申請理由	1 他府県で医療を受けたため			2 その他 ( )							
支 給 方 法	金融機関名・支店名			預金種別		口座番号					
	○○ <b>銀行</b> ○○ 支店			○○ <b>普通</b>							
	信用金庫 農協			当座		フリガナ <b>ナガオカ タロウ</b> 名 義 <b>長岡 太郎</b>					
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>令和 ○年 ○月 ○日</p> <p>長岡京市長様                      申請者 住所 <b>長岡京市開田1-1-1</b></p> <p style="text-align: right;">氏名 <b>長岡 太郎</b></p> <p style="text-align: right;">電話番号 <b>951-2121</b></p>											

※ 指定された領収書等を添付して下さい。  
 ※ 補装具の申請の場合は、装具の領収書・医師の意見書・装具装着証明書を添付してください。

※確認欄 健府・健市 / 入・外・歯・薬・補・柔マ・訪				
指導実施月	実日数	費用額(A)	医療費支給決定額(B)	健康管理費支給額
年 月	日	円	円	円
年 月 レセプト・連名簿		円	円	(A)-(B) 円 <input type="checkbox"/> 正当
健康管理費支給決定額合計                      金    円				
特記事項				確認者