

重障老人健康管理費支給申請書

受給対象者				後期高齢者医療被保険者証 被 保 険 者 番 号				
	大・昭 年 月 日生							
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 振 込 法	金融機関名・支店名			預金種別	口座番号			
	銀行 信用金庫 農協			普 通 ・ 当 座	フリガナ			
	支店				名 義			
<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</p> <p style="padding-left: 300px;">氏名</p> <p style="padding-left: 300px;">電話番号</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