

※ 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 ☐ 正当
健康管理費支給決定額合計 金 円				
特記事項				確認者