

重障老人健康管理費支給申請書【記入例】

受給対象者	長岡 太郎							後期高齢者医療 被保険者番号									
	大昭〇〇年〇〇月〇〇日生							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	39262092								
健康管理指導機関名及び所在地								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 日から													
一部負担金額	年 月 日まで			年 月 日まで			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 振込払	金融機関名・支店名							預金種別 普通 ・ 当座	口座番号	1	1	1	1	1	1	1	1
	銀行〇〇信用金庫〇〇支店								フリガナ	ナガオカ タロウ							
									名義	長岡 太郎							

上記のとおり申請します。

令和〇年〇〇月〇〇日

長岡京市長様 申請者住所 長岡京市開田1-1-1

氏名 長岡 太郎

電話番号 951-2121

※ 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
健康管理費支給決定額合計 金 円				
特記事項				確認者