

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		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 振込払 法	金融機関名・支店名			預金種別	口座番号							
		〇〇 銀行 〇〇 支店			普 通	フリガナ							
		信用金庫 農協			当 座	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 □ 正当
健康管理費支給決定額合計 金 円					
特記事項					確認者