

領収書原本返却	有
	無

太枠内を全て記入してください。



健康管理費支給申請書

宇治市長 宛て		年 月 日								
申請者	住 所									
	氏 名	続柄								
	電話番号 - -									
下記対象者に係る健康管理費の支給を申請します。										
対象者	受給者番号		後期高齢者医療被保険者番号	0						
	住所	□同上								
	氏名	□同上		生年月日	大正・昭和・西暦 年 月 日					
□前回申請時と同じ口座										
支給口座	金融機関名	支店名	種別	口座番号	口座名義人					
	銀行	本店	普通 当座		カナ					
	信金	支店								
	農協	出張所			漢字					
	労金									

- ・ 窓口にて申請される際は、後期高齢者医療被保険者証を持参してください。
- ・ 申請書は、対象者お一人につき1枚必要です。
- ・ 対象者以外の口座への支給を希望される場合は、別途委任状が必要となります。

～事務処理欄～

後期決定待ち (京都府広域のみ)	有	療養費（補装具等） ・ その他（ ）
	無	

領収書枚数

年	
年	
年	
年	