

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	<input type="checkbox"/> 同上									
	氏名	<input type="checkbox"/> 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		カナ
信金	支店	当座		漢字	
農協	出張所				
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。

～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	