

健康管理費支給申請書

医療受給者	氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日						
	住所	久御山町								
	公費負担者番号	3	9	2	6	3	2	2	3	
	被保険者番号								/	
医療機関名	診療科名も記入									
区分	入院 ・ 入院外			療養期間			日			
要した費用	年 月分						円			
<p>※領収書、後期高齢者医療被保険者証、印鑑を添えてご提出ください。 ※入院・入院外欄は、どちらか該当するものに○をつけてください。</p> <p>支払方法：<input type="checkbox"/>現金・<input type="checkbox"/>振込</p> <p>金融機関名： _____ 支店名： _____</p> <p>口座名義人：(かた) _____ 口座番号： _____</p>										
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p style="text-align: right;">申請者：住所 <u>久御山町</u> _____</p> <p style="text-align: right;">氏名 _____ 印 _____</p> <p style="text-align: right;">電話 (_____) _____ - _____</p> <p>(あて先) 久御山町長</p>										