重度心身障害老人健康管理事業給付金　支給申請書

後期高齢者医療被保険者番号									医療を受けた方の氏名・生年月日	（大　昭　．　．　生）
受給者番号										

申請区分	1．取扱外医療機関受診（　外来　・　入院　） 2．療養費（　装具　・　一般診療　・　その他　） 3．その他（　　）

振込口座	（フリガナ） 口座名義	金融機関名	種別	口座番号
		銀行 農協　本店 信用金庫　支店 金庫	普通 当座	
	（続柄：　）			
	☐ 前回と同じ口座への振込を希望（『✔』をいれてください）			

下記の通り、医療費の支給を申請します。
なお、この申請に関する事で、舞鶴市が医療機関等に確認することに同意します。

令和　　年　　月　　日

舞　鶴　市　長　様

＜申請者＞
住所（〒　　－　　）
舞鶴市

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（代理人氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　（続柄）＿＿＿＿＿＿

医療機関名	年月	日数	区分	点数	総医療費	点数 × 割数	領収額	附加給付	支給額
	／		入･外 その他 歯･調						
	／		入･外 その他 歯･調						
	／		入･外 その他 歯･調						
	／		入･外 その他 歯･調						
	／		入･外 その他 歯･調						
	／		入･外 その他 歯･調						
	／		入･外 その他 歯･調						
	／		入･外 その他 歯･調						
	／		入･外 その他 歯･調						