

後 期 高 齢 者 医 療 人 間 ド ッ ク 費 用 助 成 申 請 書

受 診 者	被保険者番号		氏 名	
	生 年 月 日	明治・大正・昭和	年 月 日	
	電 話 番 号	()		
検 査 年 月 日		平成	年 月 日	
検 査 医 療 機 関				
費 用 額		円		

該当するものに○をつけてください。該当するものがない場合は () 内に記載してください。網掛けの中は記載不要です。

振 込 先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	本店・支店 ()	預 金 種 別	普 通 当 座 ()
口座番号等 左詰記載して下さい				
口座名義人 (カタカナ)				

※口座名義人はカタカナで上段より左づめで記入してください。濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字あけてください。
 ※ご利用できる金融機関は、銀行、信用金庫、信用組合、及び農業・漁業協同組合です。(ただし、ゆうちょ銀行のご利用の際、他金融機関からの振込用の、店名、預金種目、及び7ケタの口座番号を必ずご記入ください。)
 ※領収証及び検査結果通知書等の写しを添付してください。

上記のとおり申請します。

年 月 日

大阪府後期高齢者医療広域連合長 宛

郵便番号 _____

申請者 住 所 _____
(被保険者又は相続人代表)

氏 名 _____ (印)

電話番号 () _____

委 任 状 欄	<p style="text-align: right;">年 月 日 (口座名義人)</p> <p>上記費用の受領に関する一切の権限を _____ に委任します。</p> <p>委任者 住 所 _____ (申請者)</p> <p>氏 名 _____ (印)</p>
------------------	--

※ 申請者以外の口座を登録される場合は、上記の委任状欄にご記入をお願いします。