

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	年 月 日		
	電 話 番 号	()		
検査医療機関				
検 査 年 月 日		年 月 日	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。)

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

申請者(被保険者又は相続人代表)

郵便番号 住 所

氏 名 電話番号 ()

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

委 任 状 欄	年 月 日 (口座名義人)
	上記費用の受領に関する一切の権限を _____ に委任します。
	委任者 住所 _____
	(申請者) 氏名 _____
	※ 申請者が手書きしない場合は、記名押印してください。

人間ドック費用助成の支給要件を確認するため、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。検査結果通知書の写しの提出に応じられない場合は、提出先の窓口にお申し出ください。

人間ドック費用助成申請に関する個人情報については、個人情報の保護に関する法律に基づき、適正に管理します。また、高齢者の医療の確保に関する法律第125条の3に基づき、被保険者の健康増進のために、必要に応じて本申請情報をお住まいの市町村に提供します。なお、人間ドックの結果をもとに、広域連合やお住まいの市区町村から、健康情報の提供や保健事業のご案内をさせていただく場合があります。