

様式第 2 号  
年 月 日

様

大阪府後期高齢者医療広域連合長

後期高齢者医療人間ドック費用助成決定通知書

年 月 日付けで申請のあった後期高齢者医療人間ドック費用助成については、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

1. 被保険者番号
2. 氏 名
3. 受診年月日 年 月 日
4. 支給金額
5. 支払予定日 年 月 日
6. 支払方法 口座振込  
金融機関名  
支店名

※ 口座番号及び口座名義人につきましては、個人情報保護のため印字しておりませんのでご了承ください。また、この決定通知書は、広域連合からのお支払をご通知するもので、請求書ではありません。

◆問い合わせ先

大阪府後期高齢者医療広域連合

〒540-0028

住 所 大阪府中央区常盤町1丁目3番8号  
中央大通F Nビル8階

電話番号 06-4790-2031