

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		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	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																					
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 _____

住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

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 (申請者) 住所 _____ 氏名 _____
------------------	--

※ 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。