

# 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	

金 融 機 関 名		銀 行 信用金庫 信用組合 協同組合 (            )	店 名	本店・支店 (            )	預 金 種 別	普 通 当 座 其 他 (            )
	口座番号	網掛け部分は記入不要です。				該当するものに○をつけてください。
口座名義 (カタカナ)						

※口座名義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。

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者)

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	上記費用の受領に関する一切の権限を次の者に委任します。	
	<u>受任者 (口座名義人)</u> 〒 _____	<u>委任者 (申請者)</u> (記入日) _____ 年 月 日
	住 所 _____	住 所: 同上
	氏 名 _____	氏 名 _____ <small>申請者が手書きまたは記名押印してください。</small>

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。