（国民健康保険被保険者用）

人間ドック等受診費助成金交付請求書

|  |  |
| --- | --- |
| 被保険者証記号・番号 | 　　　日置 |
| 受診者 | 氏名 |  | 世帯主との続柄 |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 年齢（年度末） | 　　　　　　歳 |
| 受診した医療機関等 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
|  | 種類 | □人間ドック□脳ドック□節目ドック（□人間ドック　□脳ドック　□がんドック） |
| 人間ドック等の種類等 |
| 受診日 | 　　　　　　年　　　月　　　日 |
|  |
| 振込先金融機関名 | 銀行・金庫・信組・農協・漁協・信漁連その他（　　　　　　） |
| 本店・支店・本所・支所・出張所本店営業部・その他（　　　　　　）※ゆうちょ銀行の場合は、３桁の店番を記入 |
| 預金種別 | 普通・当座その他（　　　　　） | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |
| 　上記のとおり人間ドック等を受診したので、検査結果書、領収書及び特定健康診査情報提供票を添えて助成金の交付を請求します。　　令和　　年　　月　　日請求者（世帯主）　住　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　電　話　　　　　　　　　　　　　　　　　　　日置市長　　　　　　　　様 |

健康保険課記入欄

領収書確認

　　　　助成対象支払金額　　　　　　　　　　　　円(消費税抜き)

　　　　助成金交付額　　　　　　　　　　　　　　円