別記様式（第４条関係）

国民健康保険健康診査補助金交付申請書

年　　月　　日

（宛先）伊 那 市 長

住　　所　　伊那市

氏　　名

電話番号

次のとおり伊那市国民健康保険健康診査補助金を交付されるよう申請します。

なお、申請に当たり、私に係る市税及び分担金、使用料その他の歳入の納付状況を事務担当職員が確認することに同意します。

被保険者証記号番号	記　号	0	1	番　号								
受　診　者　氏　名												
生　年　月　日	年　　月　　日　　（　　歳）											
世帯主の氏名続柄	受診者との続　　柄											
健康診査の種類	□日帰り受診　□一泊受診　□脳ドック □その他（　　）											
受 診 年 月 日	年　　月　　日　～　　月　　日											
受診した医療機関名												
重 複 受 診 確 認	同一年度内に受けられるのは人間ドック・特定健診・循環器健診のいずれか1つです。 重複受診した分は全額自己負担となります。 □確認しました											
添　付　書　類	・領収書（原本）・健診結果書（写し）・特定健診問診票（※申請時に記載してください。）											

□公金受取口座を利用（振込先の記入は、不要です。）		□振込口座を指定（振込先を記入してください。）	
振 込 先 金融機関	銀行　本　店 信金　支　店 信組　本　所 農協　支　所 労金　出張所	ふりがな	
		口　座 名義人	
預金の 種　類	１ 普通　２ 当座　３（　　）	口座番号	
委 任 状	交付される補助金の受領については、口座名義人に委任します。 氏名　　㊞		