

国民健康保険人間ドック等補助金交付申請書

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	<input type="checkbox"/> 日帰り受診			<input type="checkbox"/> 一泊受診			<input type="checkbox"/> 脳ドック								
	<input type="checkbox"/> その他 ()														
受診年月日	年			月			日			～	年	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。														
	<input type="checkbox"/> 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。)														
<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用(振込先の記入は、不要です。)					<input type="checkbox"/> 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		ふりがな										
	信金		支店		口座										
	信組		本所		名義人										
	農協		支所												
	労金		出張所												
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														
	(印)														