

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

令和 年 月 日

（あて先）伊那市長

住所 伊那市 番地

氏名 ⑩（電話 - ）

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、申請にあたり私に係る課税台帳等市税務関係資料を国保事務担当職員が閲覧することを承諾します。

被保険者証記号番号	01 -							
受診者氏名・性別								男・女
生年月日	年 月 日							（歳）
世帯主の氏名続柄								続柄
健康診査の種類	1 日帰り受診		2 一泊受診		3 脳ドック			4 その他（ ）
受診年月日	年 月 日							～ 日
受診した医療機関名								
添付書類	領収書（原本）・検診結果書（写し）							特定健診問診票（※申請時に記載していただきます。）
振込先金融機関	銀行	本店	フリガナ					
	信金	支店	口座					
	農協	支所	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、上記口座名義人に委任します。							氏名 ⑩