

(様式第1号)

人 間 ド ッ ク 受 診 料 補 助 金 交 付 申 請 書

令和 年 月 日

坂 城 町 長 殿

申請者氏名

印

電話番号

下記のとおり、人間ドックを受診したいので、補助金を交付してください。

なお、この申請に伴い、人間ドック受診後の健診結果について、高齢者の医療に関する法律の規定に基づき実施する町の特定保健指導に用いることに承諾します。

記

受診者	氏名			生年月日	大正 昭和 平成 年 月 日 歳	
	住所	坂城町大字	組合		世帯主名	
受診医療機関				受診年月日	年 月 日	
受診区分 (どちらかに○印)		一泊二日 日帰り	加入保険 (どちらかに○印)	後期高齢者医療 国民健康保険		
振込先	金融機関名				支店名	
	口座番号	(普通 ・ 当座)		名義人	ふりがな	
※ 受診費用 支払証明欄						

※印の欄は、記入しないでください。

- (注)1 提示書類
- ・ 健康保険資格が確認できるもの
(資格確認書、資格情報のお知らせ、マイナ保険証)
- 2 提出書類
- ・ 人間ドック受診に要した費用の領収書(原本)
受診費用を口座からの振替支払いをした場合、口座振替をした旨の証明を受けること
 - ・ 健康診査結果書類一式(写し)