

年 月 日

中津川市長 様

〒 ー

申請者 住 所 中津川市

(受診者) 氏 名

電話番号

中津川市国民健康保険人間ドック等費用助成金交付申請書兼請求書

助成金の交付を受けたいので、中津川市国民健康保険人間ドック等費用助成金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請及び請求をします。

なお、特定健診及び特定保健指導等の健康増進事業に当該人間ドック等の検査データを利用することに同意します。

1 受診者の情報

氏 名	☐ 申請者に同じ	生年月日	年 月 日 (歳)
		受診日	年 月 日
☐ 不足項目があった場合に、市担当から受診医療機関へ問い合わせすることを承諾します。			

2 助成金の交付申請額

受診費用【A】 (100円未満切り捨て) (オプション費用を除く)	当市以外の助成補助【B】	交付申請額【A】－【B】 (助成上限額 10,000 円)
円	円	円

3 振込先口座

金融機関名	銀行・信用金庫 農協・信用組合		本店・支店 出張所
預金種別	普通・当座	フリガナ	
		口座名義人	
口座番号			※左詰で記入ください。
《受診者と口座名義人が違う場合》 上記名義人の口座への振込みを承諾します。			
受診者氏名 口座名義人との関係			

【添付書類】 領収書の写し / 健診結果の写し(全ページ) / 特定健診の受診券

【注意事項】 この申請書は、助成金の交付の決定後に請求書として取り扱い、請求書として取り扱う場合、交付の決定の日を提出日とみなします。

【事務使用欄】

宛名番号() 記号番号() 受診医療機関()

☐ 受診日時点で国保資格あり / 国保料の延滞なし