

横手市国民健康保険人間ドック等助成金交付申請書 ※R8.4.1以降受診分

令和 年 月 日

横手市長 様

(申請者)

住 所 _____

氏 名 (署名) _____

(電話 _____ - _____ - _____)

次のとおり、人間ドック等助成金について領収書等の添付書類を添えて申請します。
また、本申請書に添付した健診結果及び質問票を必要に応じて、市が実施する保健事業及び統計業務に使用することに同意します。

申請の種別 (該当に○印)	宿泊人間ドック・日帰り人間ドック・脳ドック				
被保険者証番号					
住 所	〒 _____				
フリガナ			生年月日	年 月 日 (歳)	
受診者氏名			受診年月日	年 月 日	
受診医療機関			受診年月日	年 月 日	
受診費用	円		助成申請額	円	
金融機関名	支店名	種 別	口座番号	口座名義カナ	
		普・当			

市記載欄(記入しないでください)

助成対象	<input type="checkbox"/> 受診日当日に被保険者であること。
	<input type="checkbox"/> 受診日当日に30歳以上75歳未満であること。
	<input type="checkbox"/> 国民健康保険税の滞納(過年度分)がない世帯の被保険者であること。
添付書類	<input type="checkbox"/> 受診医療機関が発行する領収書
	<input type="checkbox"/> 受診医療機関が発行する健診結果
	<input type="checkbox"/> 質問票(脳ドック助成申請を除く)

来庁者確認	<input type="checkbox"/> 申請者	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳・証書 <input type="checkbox"/> その他(_____)	確認者
	<input type="checkbox"/> 同一世帯員		
	<input type="checkbox"/> その他		