

飯山市国民健康保険人間ドック検査費用補助金交付申請書

平成 年 月 日					
飯 山 市 長 あて					
人間ドック検査を受診したので、検査結果の情報を添えて申請します。					
申請者(世帯主)住所 _____					
氏名 _____ (印)					
電話 _____					
被保険者証 の記号番号	いいやま	受診者氏名	男・女	続	
		生 年 月 日	S・H 年 月 日 (歳)	柄	
受 診 医 療 機 関 名 称 及 び 所 在 地		名			
		所在地			
受 診 年 月 日		平成 年 月 日	日間		
		平成 年 月 日			
受診者が支払った検査料		円			
補 助 金 申 請 額		円			
人 間 ド ッ ク 受 診 証 明 書					
上記のとおり受診したことを証明します。					
平成 年 月 日					
医療機関名 _____ (印)					
口座振込 金融機関	農 協 銀 行 信用金庫 県信用組合		フリガナ		
			口座名義人		
			口 座 番 号	普通 当座	
委 任 状	なお、支給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。 申請者(世帯主)氏名 _____ (印)				

※ 35歳以上の被保険者で国民健康保険税の過年度の滞納がなく、人間ドック検査結果の情報提供がある者に対し補助金を交付します。

※ 受診医療機関の証明がない場合は、受診の確認ができる領収書または証明書の添付が必要です。

※ 口座名義人のフリガナは必ず記入してください。