

飯山市後期高齢者医療保険人間ドック検査費用補助金交付申請書

		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	住所 _____
			氏名 _____ (印)
			電話 _____
被保険者番号		受診者氏名	男・女
		生年月日	T・S 年 月 日 (歳)
受診医療機関 名称及び所在地	名 称		
	所在地		
受診年月日	令和 年 月 日		日間
	令和 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。			
令和 年 月 日			
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	支所	フリガナ 口座名義人
		支店	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。 申請者氏名 (印)		

- ※ 人間ドック検査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。
- ※ 同じ年度内に後期高齢者健診を受診した方は補助が受けられません。
- ※ 指定医療機関で受診した者は、口座振込金融機関に記入する必要はありません。