別記様式(第４条関係)

国民健康保険特定健康診査等受診者補助金交付申請書及び実績報告書(請求書)

被保険者証記号・番号	記号　　とうみ　　番号		
世帯主氏名		世帯主との続柄	
特定健康診査等を受診した被保険者の氏名及び生年月日		年　　月　　日生 受診日年齢　　歳	
受診した医療機関等の名称			
受診年月日	年　月　日　から　　年　月　日まで　　日間		
受診料	円		
補助金申請額 (該当する番号を○印をしてください)	1　特定健康診査　5,000円 2　人間ドック1日(半日)コース　15,000円 3　　〃　　1泊(2日)コース　20,000円 4　脳ドック　13,000円		

上記のとおり、特定健康診査等受診者補助金の交付を申請します。

支給決定の上は、下記の金融機関の口座へ振り込んでください。

年　　月　　日

(申請先)東御市長

〒

住　所

氏　名

電話番号

口座振込希望金融機関	銀行　　支店 信金　　支店 農協　　支所	口座名義人	フリガナ	
		口座番号		普・当
委任状	特定健康診査等受診者補助金の受領について、上記口座名義人に委任します。 氏名　　㊞			

※　持ち物　保険証、領収書、検査結果、特定健診受診券及び印鑑