

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)
年 月 日
(申請先)東御市長

申請者 住 所 〒
東御市
氏 名
電話番号
生年月日 年 月 日(受診日年齢 歳)

次のとおり、特定健康診査等を受診しましたので、補助金の交付を申請します。
なお、申請にあたり検査結果を市に提供し、特定健康診査に準じて利用することに同意します。

1 受診内容

特定健康診査等の種類	特定健康診査	日帰り人間ドック
	1泊2日人間ドック	脳ドック
受診年月日	年 月 日 から 年 月 日まで	
医療機関等の名称		
受診費用	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 日帰り人間ドック 上限15,000円	
	ドック基本料 円×1/2= 円 (1,000円未満切捨て)	
	3 1泊2日人間ドック 20,000円	
	4 脳ドック 13,000円	

2 振込先口座

	銀行	支店	口座名義人	フリガナ	
	信金	支店			
	農協	支所	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 ⑩				