

別記様式第1号（第4条関係）

妙高市後期高齢者医療人間ドック健診費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

妙高市長 宛て

申請者 住 所
氏 名 ⑩
電話番号 ()

次のとおり人間ドック健診費用助成金の交付を申請します。また、健診結果を妙高市及び新潟県後期高齢者医療広域連合へ提供し、保健指導等に活用すること同意します。

被保険者番号			
受診者氏名 (被保険者氏名) 生年月日	年 月 日生		
医療機関名		受診年月日	年 月 日
人間ドック健診費用	円	支給請求額	円
振込先	金融機関名	銀行 本店 信用金庫 支店 農協 出張所 労働金庫	
	預金種別	普通・当座	口座番号
	フリガナ 口座名義人		

備考

- 1 他の制度による人間ドック健診費用の助成金等を受ける場合は、助成対象外です。
- 2 人間ドック健診に係る領収書と受診結果を添付してください。

委任欄	申請者（被保険者）と振込先の口座名義が違う場合は記入してください。 [委任する方] 助成金の受領を下記の人に委任します。 申請者（被保険者） 氏 名 ⑩
	[委任を受ける方] 住 所 _____ 氏 名 ⑩
	電 話 _____
	委任する方との続柄 _____

※市役所記入欄

担当者確認欄	資格 有・無	後期高齢者医療保険料	滞納 有・無
--------	--------	------------	--------