

燕市後期高齢者医療人間ドック健診費用助成金支給申請書

令和 年 月 日

燕市長 様

人間ドック健診を受けましたので、領収書を添えて次のとおり申請します。

被 保 険 者 番 号					
受 診 者 氏 名 （ 被 保 険 者 名 ） 生 年 月 日	年 月 日生				
医 療 機 関 名 等		受診年月日	令和 年 月 日		
人間ドック健診費用	円	支給申請額 (上限1万円まで)	円		
今年度、市の健康診査を受診しましたか又はする予定でいますか。 (市で行う健康診査を受けた人は人間ドック健診費用助成の対象になりません。)			はい ・ いいえ		
※ 振 込 先	金 融 機 関 名	本 ・ 支 店 名		口座種別	普通
	銀行・信組 信金・農協 労金	本店 支店 出張所			
	口 座 番 号	(フリガナ)			
		口座名義			

※ゆうちょ銀行口座への振込は、振込用の支店名・口座番号が必要です。

【委任状欄】	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。	
	〔委任する人〕 助成金の受領を右記の者に委任します。 申請者（被保険者）	〔委任を受ける人〕
	住所 _____	住所 _____
	氏名 _____	氏名 _____
	電話 () _____	電話 () _____
	委任する人からみた続柄 _____	

申 請 者
(被保険者) 住 所 千
燕市

氏 名

電 話 ()

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

燕市後期高齢者医療人間ドック健診費用助成金支給請求書

燕市長 様

人間ドック健診費用助成金を、次のとおり請求します。

被 保 険 者 番 号				
受 診 者 氏 名 （ 被 保 険 者 名 ） 生 年 月 日	年	月	日生	
医 療 機 関 名 等		受 診 年 月 日	令 和 年 月 日	
人 間 ド ッ ク 健 診 費 用	円	支 給 請 求 額 (上限1万円まで)	円	
今年度、市の健康診査を受診しましたか又はする予定でいますか。 (市で行う健康診査を受けた人は人間ドック健診費用助成の対象になりません。)		はい ・ いいえ		
※ 振 込 先	金 融 機 関 名	本 ・ 支 店 名		口 座 種 別
	銀行・信組 信金・農協 労金	本店 支店 出張所		普通
	口 座 番 号	(フリガナ)		
		口座名義		

※ゆうちょ銀行口座への振込は、振込用の支店名・口座番号が必要です。

【委任状欄】	請求者（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。 [委任する人] 助成金の受領を右記の者に委任します。 請求者（被保険者） _____ (印)		[委任を受ける人] 住所 _____ 氏名 _____ (印) 電話 () - _____ 委任する人からみた続柄 _____	
--------	--	--	--	--

請 求 者
(被保険者) 住 所 千 燕市

氏 名	(印)
電 話 () -	

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