

様式第1号（第5条関係）

後期高齢者医療人間ドック健診費補助金交付申請書

令和 年 月 日

常陸大宮市長 鈴木 定幸 様

申請者 住所 茨城県常陸大宮市

氏名

常陸大宮市後期高齢者医療人間ドック健診費補助金交付要綱第5条の規定により、下記のとおり申請します。

また、人間ドック健診結果を市に提供するとともに、必要に応じて保健指導に活用することに同意します。

記

受診者	ふりがな		性別	男・女
	氏名			
	生年月日	大・昭 年 月 日		
	住所	茨城県常陸大宮市		
	電話番号			
	被保険者番号			
医療機関				
健診費用	円			
添付書類	人間ドック健診結果表、領収書			

※補助金の申請に当たり、後期高齢者医療保険料の納付状況について担当職員が確認すること、および脳ドック健診の結果について市が管理することに同意します。

補助金は、下記口座に振り込んでください。

金融機関名		支店名	
預金種目		口座番号	
フリガナ			
口座名義			

※医療保険課使用（ここには記入しないでください）

納期限が到来した保険料の状況	完納・滞納あり
住民健診の受診状況	有・無