

千曲市人間ドック受診者補助金交付申請書

申請者記入欄	(宛先) 千曲市長		年 月 日	
	申請者 住所 千曲市		番地	
	氏名			
	(Tel - -)			
	次のとおり人間ドック受診者補助金を申請します。			
	国保・後期・社保 番号	② 人間ドックを受診した 被保険者の氏名、生年月日	氏名 大昭	③ 性別 男・女
	④ 受診した病院の 名称・所在地	名称 所在地		
⑤ 人間ドック受診年月日	年 月 日 から 年 月 日 まで 日間			
⑥ 人間ドック受診料	円			
⑦ 補助金申請額	1, 1日(半日)コース 2, 1泊2日コース		15,000円 25,000円	

受 付
特定健診
健診結果
質問票

医療機関記入欄	人間ドック受診証明書(領収書がない場合) 右のとおり受診したことを証明します。 年 月 日		受診月日 年 月 日 から 年 月 日 まで	
	医療機関名 印	受診種類 (コース)	1. 1日(半日) 2. 1泊2日	

申請者記入欄					
口座振込 希望金融機関	銀行	支店	口座名義人	フリガナ	
	信金	支店		氏名	
		農協	支所	口座番号	普・当
委任状	人間ドック受診者補助金の受領については上記口座名義人に委任します。 申請者 氏名 印				

※注意事項 受診結果を市に提出することにより、特定健診・後期高齢者健診を受診したとみなします。

- ※添付書類 ①領収書(領収書がない場合は、上記「人間ドック受診証明書」への証明でも可。)
②診断結果(千曲市国保又は後期高齢者医療保険の加入者で、受診年度末40歳以上の方)