

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		受診種類 (コース)	1. 1日(半日) 2. 1泊2日
	印			

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
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 人間ドックの受診結果を市に提出することにより、特定健診を受診したことになります。
- ※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(受診日に千曲市国保の加入者で、受診年度の3/31現在40歳以上の方のみ)