

課長	係長	係

豊丘村国民健康保険健康診査事業補助金交付申請書及び請求書

令和 年 月 日

(申請先)豊丘村長 様

住所: 豊丘村大字 河野・神稲 番地
(自治会:)

(世帯主) 氏名: 印

連絡先(電話): ー

豊丘村国民健康保険健康診査(人間ドック)補助金交付要綱第4条の規定により、豊丘村国民健康保険健康診査補助金の交付を受けたいので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

1 受診歴 今年度人間ドック以外で特定健診を受診しましたか

はい ・ いいえ

2 受診者

(1)	氏名	
(2)	生年月日	昭和 年 月 日生
(3)	被保険者証記号番号	とよおか・

3 受診年月日 令和 年 月 日

4 受診医療機関名 _____

5 申請金額及び請求金額 15,000 円

6 振込希望口座

金融 機関名	銀行	本店	口座番号		預金種別	普通・当座
	信金	支店	(フリガナ)	()		
	農協	支所	口座名義人			

委任状(振込先口座名義人が世帯主以外の場合)

支給される費用の額の受領について、上記名義人に委任します。

世帯主名 氏名 _____ 印

7 添付書類

(1) 医療機関発行の領収書(原本)

(2) 健診結果

※領収書(原本)が添付できない場合は、医療機関で裏面の「人間ドック受診証明書」に証明を受けて提出してください。

ドック受診証明書

検査を受けた 被保険者氏名	被保険者証 記号・番号	生 年 月 日
	とよおか・	昭和 年 月 日生
ドック受診年月日	検 査 料 金	
年 月 日	円	
上記の記載事項は、事実と相違ないことを認めます。		
年 月 日		
(医療機関名)		印

注) 受診料が口座振替で領収書がない場合は、医療機関での証明が必要です。