

（申請先）駒ヶ根市長

申請者（受診者）
 住所 駒ヶ根市
 氏名
 連絡先〔電話〕

駒ヶ根市国民健康保険人間ドック補助金交付要綱第 4 条の規定により、駒ヶ根市国民健康保険人間ドック補助金の交付を受けたいので以下のとおり関係書類を添えて申請します。また、健診結果等の個人情報利用に同意します。

1	被保険者証記号番号		0 2 -	
2	受診者氏名(フリガナ)		(フリガナ)	
3	生年月日		昭和・平成 年 月 日生	
4	人間ドックの種類		☐ 日帰り ☐ 一泊 ☐ その他 ()	
5	受診日		年 月 日 ～ 日	
6	受診医療機関			
7	算出	受診費用	① 円	※保険診療した金額は補助対象外で、左記には含まれません。
		①×1/2	② 円	※円未満切り捨て
	申請金額		円	※②もしくは限度額 20,000 円
8	重複受診確認		同じ年度内（4月1日～3月31日まで）に補助を受けられるのは人間ドック・特定健診のどちらか1回です。重複受診した場合は全額自己負担となります。 ☐ 確認しました	
9	添付書類		☐ 医療機関発行の領収書の原本 ☐ 健診結果の写し ☐ 通帳の写し（※振込先がゆうちょ銀行の場合のみ）	
10	振込先	金融機関	銀行・組合・ 信金・農協・金庫	本店・ 支店・支所
		預金の種類	☐ 普通 ☐ 当座	
		口座番号		
		フリガナ		
		口座名義人		
11	委任欄		支給される費用の受領について口座名義人に委任します。 氏名 印	※受診者以外の口座に振り込む場合に記入
12	世帯主の同意欄		交付決定に当たり、世帯主の国民健康保険税に係る資料を閲覧することに同意します。 世帯主氏名 印	

記載された個人情報は、給付・補助の管理及び統計に利用し、それ以外の目的に使用することはありません。