国保

様式第１号（第４条関係）

駒ヶ根市国民健康保険人間ドック補助金交付申請書兼実績報告書

令和　　年　　月　　日

（申請先）駒ヶ根市長

申請者（受診者）　住　　所
駒ヶ根市
（　　区　　自治組合）
氏　名（ふりがな）　　印
生年月日　昭和　　年　　月　　日生
（被保険者証記号番号　02-　　）
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、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

また、交付決定に当たり私及び世帯主の国民健康保険税に係る資料を閲覧すること、健診結果等の個人情報利用に同意します。

記

１　人間ドックの種類　　一泊　・　日帰り・　その他　　（○を付けてください。）
２　受　診　日　　年　　月　　日
３　受診医療機関　　
４　補助金交付申請の算出基礎
⑴　受診費用　　①　　円
（ただし、人間ドック受診当日に保険診療した金額は補助対象外で上記には含まれません。）
⑵　①　　円　×　1/2　＝　②　　円（円未満切り捨て）

５　申　請　金　額　　円
（②の金額。ただし、限度額 20,000 円。）

６　添　付　書　類
⑴　医療機関発行の領収書（原本）
⑵　健診結果（原本もしくは写し）

＊市処理欄（以下は記入しないでください）

保険証確認	国保税完納確認	口座登録	健診確認
		有・無	

（宛名番号　　）