



様式第1号（第4条関係）

駒ヶ根市後期高齢者医療人間ドック補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

（申請先）駒ヶ根市長

申請者（受診者） 住所 駒ヶ根市
氏名 _____ 印
連絡先〔電話〕 _____

駒ヶ根市後期高齢者医療人間ドック補助金交付要綱第4条の規定により、駒ヶ根市後期高齢者医療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、交付決定に当たり私の後期高齢者医療保険料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。

1	被保険者証記号番号			
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	<input type="checkbox"/> 日帰り <input type="checkbox"/> 一泊 <input type="checkbox"/> 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・後期高齢者健診のどちらか1回です。重複受診した場合は全額自己負担となります。 <input type="checkbox"/> 確認しました		
9	添付書類	<input type="checkbox"/> 医療機関発行の領収書の原本 <input type="checkbox"/> 健診結果の写し <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 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	

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。

*市処理欄（以下は記入しないでください）

保険確認	後期保険料 完納確認	口座登録	健診確認	宛名番号	地区
		有・無			