

記入見本

事後申請

等受診料助成金交付申請書

日野市国民健康保険 後期高齢者医療制度

事前申請 事後申請

太枠内をご記入ください

申請者 (受診者)	住所	日野市 神明×丁目□の○		
	氏名	日野 太郎 ※届出者が代理人の時、訂正箇所がある時は氏名の横に申請者の押印をお願いします		
	生年月日	● 年 ● 月 ● 日	年齢	●● 歳
	被保険者証 記号番号	●●●●●●●●	電話番号	042-XXX-XXXX
受診年月日		■ 年 ■ 月 ■ 日		
検査機関名		●●●病院		
費用額 (消費税抜)		金額は記入しないでください(添付書類で確認します)		

※事後申請のみ記入 (振込先口座について)

振込み先 口座	金融機関名	○○ 銀行 信用組合 信用金庫・農協		○○ 支店 出張所		
	金融機関コード	支店コード	預金種目 (○で囲む)	口座番号 (右詰)		
	記入不要	1 1 1	1 普通 2 当座 3 貯蓄	1 1 1 1 1 1 1		
	口座名義	フリガナ ヒノ タロウ 日野 太郎				

振込口座名義人が申請者と異なる場合は、別紙の「委任状」にご記入ください。
(必ず本人が記入してください。)

※届出者について

申請者本人 代理人(氏名: _____) ※代理人の場合、下記を記入
住所 _____
電話番号 _____ () 続柄 _____ (申請者との続柄)

事前申請については、この補

○ 年 ○ 月 ○ 日

届出者について、あてはまるものに✓
代理人の場合は氏名・住所等を記入し、
①申請書 申請者欄の氏名
②請求書 請求者欄の氏名 に申請者の印を押してください

あて先

日野市長

申請書・請求書は原則押印不要です。ただし、訂正箇所がある場合は訂正箇所に二重線を引き、申請者の印を押印した上で、
①〔申請書 申請者欄の氏名〕
②〔請求書 請求者欄の氏名〕の横に同じ印を押してください
※請求書の委任欄を記入している場合、委任欄の氏名横にも押印してください

通常・脳 なし・あり

記入見本

事後申請

ク等受診料助成金請求書

日野市国民健康保険 後期高齢者医療制度

事後申請 標記の金額のとおり請求いたしますので、下記の口座に振り込んでください。

請求者	住所	日野市 神明×丁目□の○		
	氏名	日野 太郎 ※届出者が代理人の時、訂正箇所がある時は氏名の横に申請者の押印をお願いします		
	生年月日	● 年 ● 月 ● 日	年齢	●● 歳
	被保険者証記号番号	●●●●●●●●	電話番号	042-XXX-XXXX

請求額 **金額は記入しないでください（添付書類で確認します）**

振込み先口座	金融機関名	○○	銀行 信用組合 信用金庫・農協	○○	支店 出張所
	金融機関コード	支店コード	預金種目 (○で囲む)	口座番号 (右詰)	
	記入不要	1 1 1	1 普通 2 当座 3 貯蓄	1 1 1 1 1 1 1	
	口座名義	フリガナ ヒノ タロウ 日野 太郎			

振込口座名義が異なる場合は、下記の欄にご記入ください。（必ず請求者本人が記入してください）

委任欄	上記の口座名義人に対し、人間ドック等受診料助成金の受領を委任します。 氏名（請求者と同一） _____（※必ず本人が記入してください）
-----	---

申請者名義以外の口座を指定する場合、請求者名をご記入ください。

申請書・請求書は原則押印不要です。ただし、訂正箇所がある場合は訂正箇所に二重線を引き、申請者の印を押印した上で、

- ①〔申請書 申請者欄の氏名〕
- ②〔請求書 請求者欄の氏名〕 の横に同じ印を押してください

※請求書の委任欄を記入している場合、委任欄の氏名横にも押印してください