

記入見本

事前申請

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 | 事前申請の場合は、記入不要 | 〒 |
| | 金融機関 | | |
| | 口座 | | |

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 ()

住所 _____ を記入

電話番号 () 続柄 _____ (申請者との続柄)

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、
申請者氏名の横に申請者の押印をお願いします。

事前申請については、この補助金の請求及び受領に関する権限を上記の受診機関に委任します。

○ 年 ○ 月 ○ 日 (申請者) 日野 太郎

あて 申請者の署名をお願いします。
※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

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