

記入見本

事後申請

日野市人間ドック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 ※本人確認書類がない時、届出者が代理人の時または訂正箇所がある時は氏名の横に印を押してください		
	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 ○○ 支店	信用組合 ○○ 出張所	信用金庫・農協	
	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、この補足欄に記入してください。

○ 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・請求書は本人確認書類があれば原則押印不要です。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

日野市人間ドッ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 ※本人確認書類がない時、届出者が代理人の時または訂正箇所がある時は氏名の横に印を押してください		
	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	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） _____ <div style="text-align: right; font-size: small;">（※必ず本人が記入してください）</div>
-----	--

申請者名義以外の口座を指定する場合、請求者氏名をご記入ください

※請求書の日付は記入しないでください

申請書・請求書は本人確認書類があれば原則押印不要です。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