

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 ※代理人が申請する際は氏名の横に申請者の押印をお願いします		
	生年月日	S●●年 ●月 ●日	年齢	●●歳
	被保険者証 記号番号	35-●● ●●●●	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	住所
	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 _____
電話番号 _____ (_____)

届出者について、あてはまる方に✓
代理人の場合は氏名・住所等を記入し、申請者の氏名の横に申請者の押印をお願いします。
①申請書 申請者欄の氏名
②請求書 請求者欄の氏名
※申請者名義以外口座を指定する場合、2枚目の委任欄の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

あて先

日野市長

申請者の署名をお願いします。
※代理人が申請する場合には、氏名の横に申請者の押印をお願いします。

受付番号	
------	--

受付者

資格	年齢	特定健診		結果協力
		対象・対象外	受診・未受診	可・不可
納付状況	ドックの別	オプション		
	通常・脳	なし・あり		