

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				
	氏 名					
	生年月日	年	月	日	年 齢	歳
	被保険者証 記号番号				電 話 番 号	
受診年月日		年	月	日		
検査機関名						
費用額 (消費税抜)		円	助成額		円	

※事後申請のみ記入（振込先口座について）

振込 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）	
			1 普通・2 当座・3 貯蓄		
	口座名義	フリガナ			

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）

あて先

日 野 市 長

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		