

佐渡市国民健康保険人間ドック費用助成金支給申請書

年 月 日

(宛先) 佐渡市長 様

次のとおり人間ドック費用助成金の支給を申請します。

(受診者)	氏名		世帯主	
	生年月日	年 月 日生	電話番号	
	住所	新潟県佐渡市		
健診機関名			受診年月日	年 月 日
人間ドック受診費用		円		
今年度、市の特定健康診査を受診しましたか、又はする予定でいますか。 (市で行う特定健康診査を受診した場合、人間ドック費用助成の対象になりません。)				はい・いいえ
振込先		金融機関名	銀行・信金 信組・農協 労金	本店 支店 出張所
		口座種別	普通・当座・貯蓄	口座番号
		(フリガナ)		
※ゆうちょ銀行口座への振込は、振込用の支店名・口座番号が必要です。		口座名義人		
同意欄	<p>申請にあたり下記の事項について同意します。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用資格の審査のため、市が申請者の属する世帯の国民健康保険税の収納状況を確認すること。 ・当該年度に市で行う特定健康診査(集団健診)を受診しないこと。 ・人間ドック検査結果について、佐渡市が特定保健指導業務に活用すること。 <p style="text-align: right;">申請者氏名 _____</p>			

備考 太枠内を記入の上、人間ドックで支払った領収書と人間ドック検査結果またはその写しを添付してください。
裏面の質問票も記入してください。

委任状欄	申請者(受診者)と振込先の口座名義が異なる場合は記入してください。	
	[委任する人]	[委任を受ける人]
	助成金の受領を右記の者に委任します。	住所: _____
	申請者(被保険者氏名)	氏名: _____
		電話番号: _____
	委任する人との続柄: _____	

担当者確認欄	資格	有・無	特定健康診査	
	被保険者番号		受診券番号	
	行政区コード		当該年度受診の有無	有・無
	世帯コード		(有の場合) 特定健康診査の 受診日及び会場	受診日: 会場:
	住民コード			
	国民健康保険税 過年度滞納の有無	有・無	支給決定額	円