第１号様式（第５条関係）

真鶴町国民健康保険人間ドック費用助成金交付申請書

年　　　月　　　日

真鶴町長　殿

申請者　　　　住所

（受検者）　　氏名　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　電話番号

　　次のとおり人間ドックに要した費用に関する書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受検者情報 | 氏名 | | 生年月日 | | |
|  | | 年　　　月　　　日 | | |
| 被保険者証番号 | | 性別 | | 受検時年齢 |
| ６２－ | | 男　・　女 | | 歳 |
| 医療機関情報 | 所在地 |  | | | |
| 名称 |  | | | |
| 受検年月日 | 年　　　月　　　日 | 添付書類 | 領収書　　　□  結果票（写）□  質問票　　　□ | |
| 受検費用 | 円 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先 | 銀行  信用金庫  信用組合  農業協同組合 | | | | | | | | 本店  支店  支所 |
| 口座種別 | 口座番号 | | | | | | | フリガナ |  |
| 普通  当座  その他 |  |  |  |  |  |  |  | 口座名義人 |  |

**申請に当たり、次の事項について同意します。**

○町が受検結果を特定健康診査の検査結果として、特定保健指導等の保健事業に使用すること。

○町が必要に応じて人間ドックの受検結果を受検機関へ問い合わせること。

○町が町税等の納付状況を調査すること。

○資格喪失後に受検し、助成を受けた場合にはその助成額を返還すること。