別記様式（用紙　日本産業規格Ａ４縦型）

函南町国民健康保険被保険者健康診査受診費補助金交付申請書兼請求書

年　 　月　 　日

函南町長　仁科　喜世志　様

申請者(世帯主) 住所　函南町

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 氏名　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　電話

健康診査を受診したので補助金を交付されますよう申請し、請求します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者記号番号  または個人番号 | |  | | | | | |
| 受診者 | 氏 名 |  | | | | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | | | 年齢 | 歳 | |
| 人間ドックの種 類 | □　一日(日帰り)　　　　□　一泊二日  □　脳ドック　　　　　　□　その他(　　　　　　　　　　　) | | | | | | |
| 受診日 | 年　　　月　　　日から　　　　年　　　月　　　日まで | | | | | | |
| 受診機関 |  | | | | | | |
| 受診料 | 円 | | | | | | |
| 申請額  (請求額) | □　限度額(25,000円)　　□　受診料の7割 (　　　　　 円) | | | | | | |
| 診査結果 | □　異常無し　　　　　　　□　その他 | | | | | | |
| 振込先 | 金融機関名 | | 種別 | 口座番号 | | | 口座名義人 |
|  | | □普通  □当座 |  | | |  |

(注)

1　□の欄は該当項目にレ点を記入してください。

2　人間ドックと判明できる「領収書等」及び「診査結果」を持参してください。コピーをとらせていただきます。

3　お預かりした結果は、健康増進のため、データ分析、特定保健指導等に使用させていただきます。

|  |  |
| --- | --- |
| 特定健診未受診確認 |  |