見附市後期高齢者医療人間ドック健診費用助成金支給申請書

（宛先）見附市長

人間ドック健診を受診しましたので、領収書を添えて次のとおり申請します。

また、私は、人間ドック健診で得られた結果を自らの健康管理を行うために、見附市及び新潟県後期高齢者医療広域連合へ提供することに同意します。

なお、結果については、私の今後の保健指導及び健康相談を実施するとき並びに特定の個人が識別されることがない方法で統計・調査研究を実施する場合に限り使用することに同意します。

				令和5年5月30日		
被保険者番号	01234567					
受診者氏名 （被保険者名） 生年月日	後期 太郎 昭和20年2月20日生					
医療機関名	〇〇健診センター	受診年月日	令和5年4月15日			
人間ドック健診費用	39,600 円	支給申請額	10,000 円			
市の健康診査を受診しましたか又はする予定でいますか （市が行う健康診査を受けた人は人間ドック健診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		本・支店名		口座種別 普通	
	保険 銀行・信組 信金・農協 労金		健康 本店 支店 出張所			
	口座番号		(フリガナ)	コウキ タロウ		
	9876543		口座名義	後期 太郎		

※ 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。

【委任状欄】	申請者（被保険者）と振込先の口座名義が違う場合は記入してください。	
	[委任する方]	[委任を受ける方]
	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 _____
	_____	電話 () _____
	携帯 _____	
	委任者からみた続柄 _____	

〒 954 - 0052

申請者 住 所 見附市 学校町2丁目13-30

(被保険者) 氏 名 後期 太郎

電 話 61 - 1380 携 帯 090 - 1234 - 5678

担当者確認欄	資格 有 ・ 無	滞納 有 ・ 無
--------	----------	----------