様式第１号(第５条関係)

釜石市後期高齢者医療制度人間ドック費用助成金交付申請書

年　　月　　日

釜　石　市　長　　宛て

申請者　(受診者)
住　所　　釜石市
氏　名
連絡先　(　　－　　－　　)

釜石市後期高齢者医療制度人間ドック費用助成金交付要綱第５条に基づき、下記のとおり申請します。なお、当該申請に伴い、私に係る市税の納付状況を照会すること、人間ドックの検査結果については、市が実施する特定健康診査及び特定保健指導に利用することについて承諾します。

記

被保険者番号			
受　診　者	氏　名	生年月日	性別
		年　　月　　日生	男・女
□　窓口払 □　口座振替	銀　行 金　庫 農　協 信漁連 (　　)	本店 支店 支所	
フリガナ		口座番号	(普通　・　当座)
口座名義人			

実績	医療機関等	名　称	
	受診期間	年　　月　　日から　　年　　月　　日まで　　日間	
	人間ドック費用	円	
	他団体等給付金 (　有　・　無　)	他団体名称　　金額　　円	

備考：領収書、人間ドックの検査結果がわかる書類を添付してください。