

様式第2号 (第5条関係)

人間ドック検診費用助成申請書

年 月 日

小千谷市長 あて

申請者 住所
氏名
電話番号

人間ドックを受診しましたので、検診費用の助成金を次のとおり申請します。
なお、人間ドックの結果を小千谷市又は新潟県後期高齢者医療広域連合で保健指導等に活用することに同意します。

申請額	円		※太枠内を記入ください。	
被保険者証の番号			※この用紙による助成の対象となる方は、受診年度において75歳に達する方及び75歳以上の方です。	
(フリガナ) 受診者	()			
生年月日	年 月 日 (歳)			
電話番号				
検診医療機関	住所			
	名称			
受診日	年 月 日	検診料金	円	
助成金の 振込指定機関	金融機関名	銀行・信用金庫 労働金庫 信用組合 農業協同組合		本店 支店 支所
	口座番号	普通・当座		
	(フリガナ) 口座名義人	()		

備考 申請書に次の書類を添付して提出してください。

- ・検診医療機関発行の領収書
- ・人間ドックの結果通知の写し

※市担当者記入欄

確認事項	審査	
<input type="checkbox"/> 受診日の加入保険 (1. 国保、 2. 後期、 3. 1・2以外)	<input type="checkbox"/> 承認	<input type="checkbox"/> 不承認
<input type="checkbox"/> 国保加入期間 (有・無)	(不承認理由)	
<input type="checkbox"/> 保険税(料)の滞納の有無 (有・無)	決定日	年 月 日

委 任 状	支給される人間ドック検診費用助成の受領を次の者に委任します。
	年 月 日
	委任者（被保険者） 氏 名 _____
	受任者（口座名義人）住 所 _____ 氏 名 _____ 委任者との続柄 _____ 電話番号 _____