

鴻巣市後期高齢者一般人間ドック受診料助成申請書

年 月 日

(宛先) 鴻巣市長

〒

住 所 鴻巣市

申請者 氏 名

(受診者) 電話番号

一般人間ドックを受診しましたので、鴻巣市後期高齢者人間ドック受診料助成要綱第10条の規定に基づき、次のとおり申請します。

助成の審査に当たり、市が納税関係台帳等必要な書類の確認をすることに同意します。また、必要に応じて、受診結果を市が実施する保健指導等に利用することに同意します。

被 保 険 者 番 号					
受 診 年 月 日		年 月 日			
受 診 者	氏 名				
	生年月日	年	月	日	年齢 (受診日時点) 歳
受 診 医 療 機 関					

振込口座

金融機関				本・支店名	店
口座種別	普通	口座番号		フリガナ	
	当座			口座名義	

※職員記入欄

宛名番号： _____

添付書類： 受診結果の写し 受診に係る領収書

市税納付： 未納なし 未納あり

備考 (_____)

後期高齢者医療保険料： 未納なし 未納あり

備考 (_____)

費用 _____ × 0.7 = _____ 助成 _____ 円
(100円未満切捨て上限27,000円)