

笠松町国民健康保険人間ドック費用助成金交付申請書

（あて先）笠松町長

年 月 日

申請者 住 所 笠松町 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_  
 （電話 \_\_\_\_\_）

次のとおり人間ドックを受診し、人間ドック費用助成金の交付を受けたいので、笠松町国民健康保険人間ドック費用助成金交付要綱第4条の規定により、人間ドック受診結果の写し及び受診に係る領収書を添えて申請します。

人間ドックの受診結果について、特定保健指導及び町が実施する健康増進の施策に活用するため、関係機関に提供することに同意します。また、国民健康保険税の納付状況を町が確認することに同意します。

人間ドック 受診者		被保険者 記号・番号	
生年月日	年 月 日	世帯主 氏名（続柄）	( )
受診日	年 月 日	健診医療機関名	名称
健診料	円		所在地

振込先	銀行 信用金庫 農協 信用組合	支店	<input type="checkbox"/> 普通
		出張所	<input type="checkbox"/> 当座
		(フリガナ)	
口座番号	口座名義人		
(申請者と口座名義人が違う場合は、この欄に署名してください。)			
上記名義人口座への振込を承諾します。		申請者氏名	

【町確認欄】

資格	可・否	年齢	可・否	納付状況	可・否	検査項目	可・否
特定健診		未受診・受診済		受診券		回収済・交付前・紛失・破棄	
支払額	円 (限度額15,000円)			人間ドック費用	円		