

様式第 1 号（第 4 条関係）

朝霞市国民健康保険人間ドック検診等補助金交付申請書				
被保険者	記 号	朝霞	番 号	
受診者	氏 名			
	生年月日	年 月 日	年 齢	歳
受診医療機関	名 称			
	所 在 地			
受診年月日	年 月 日			
申請金額	円			
上記のとおり申請します。 年 月 日 朝霞市長 宛 申請者 住 所 朝霞市 氏 名 電 話				
振 込 先 金 融 機 関 等				
金融機関名		口座番号		口座名義人
銀 行	本店	当	No.	フリガナ
信用金庫	支店			
農 協	出張所	普		

（注 1） この申請書に①～⑤の書類を添付し、来庁者の本人確認書類（運転免許証、資格確認書等）をお持ちください。郵送の場合は、本人確認書類の写しを同封してください。

①検診費用を証明する領収書等の原本（受診医療機関、受診日、受診者名が明記されたもの）

②受診者の振込口座がわかるもの（通帳等）

③特定健康診査受診券（35歳～39歳の方は不要）

④問診票（写し）

⑤医療機関が発行した検診結果票

※受診者以外の口座に振り込む場合は、委任状が必要となります。

（注 2） 補助金交付申請は、受診日から起算して1年以内に申請してください。

（注 3） 対象者は以下のすべてを満たす方です。

- ・受診日時点で朝霞市国民健康保険に加入しており、35歳～74歳（受診日時点）の方
- ・費用を自己負担し、特定健康診査の項目を満たしている検診を受診した方
- ・年度内において、朝霞市特定健康診査または朝霞市人間ドック検診を受診されない方

受付.....