

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				
被保険者証	記号	朝霞	番号	
受診者	氏名			
	生年月日	年	月	日
	資格取得日	年	月	日
受診医療機関	名称			
	所在地			
受診年月日	年	月	日	
申請金額				円
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>朝霞市長 宛</p> <p>申請者 住所 朝霞市</p> <p>氏名</p> <p>電話</p>				
振込先金融機関等				
金融機関名		口座番号		口座名義人
銀行	支店	当	No.	フリガナ
信用金庫		普		
農協				

(注1) この申請書に次の書類を添付してください。

- ①検診費用を証明する書類（受診先、受診日、受診者名が明記された領収書等）
- ②医療機関が発行した検診結果票
- ③問診票

(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。

受付.....

※太枠内をご記入ください。

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					※保険証の右上の番号をご記入ください。
被保険者証	記号	朝霞	番号	12345	
受診者	氏名	朝霞 太郎			
	生年月日	年号	〇〇年 〇月 〇日	年齢	40歳
	資格取得日	年	月	日	※保険証の適用開始年月日をご記入ください。
受診医療機関	名称	埼玉健康病院			
	所在地	〇〇市〇〇1-2-3			
受診年月日	年号	〇〇年	7月	1日	
申請金額	×		円		※申請の際に確認しますので、記入しないでください。

上記のとおり申請します。

年号〇〇年〇〇月〇〇日

朝霞市長 宛

申請者 住所 朝霞市本町1-1-1

氏名 朝霞 太郎

電話 048-463-1111

※連絡する場合がございますので、必ずご記入ください。

※申請者欄には、受診者の住所・氏名・電話番号をご記入ください。

※受診者名義の振込先をご記入ください。受診者名義以外の口座に振込みを希望される場合は、委任状が必要です。

振込先金融機関等		
金融機関名	口座番号	口座名義人
銀行 朝霞 信用金庫 健康 支店 農 協	当 No. 999999 普	フリガナ アサカ タロウ

(注1) この申請書に次の書類を添付してください。

- ① 検診費用を証明する書類（受診先、受診日、受診者名が明記された領収書等）
- ② 医療機関が発行した検診結果票
- ③ 問診票

(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。

受付.....

※修正する場合は、該当箇所にも二重線を引き、訂正印を押してください。