

年 月 日

花巻市後期高齢者医療人間ドック助成金交付申請書兼請求書

花巻市後期高齢者医療人間ドック助成金の交付を受けたいので、花巻市後期高齢者医療人間ドック助成金事業実施要綱第5条に基づき、次のとおり申請します。

なお、人間ドックの検査結果は、後期高齢者健康診査のデータとして提供します。

太枠をご記入ください

申請者 (受診者)	被保険者番号							
	住 所	連絡先電話番号						
	フリガナ							
	氏 名							
	生年月日	年	月	日	年齢	歳		
受診した医療機関又は検査機関								
受 診 日		年 月 日						
市の後期高齢者健康診査 受診の有無		(注意) 人間ドックを受診した年度に、市の後期高齢者健康診査を受診したことが判明した場合は、助成金を返還していただきます。 有 ・ 無						
振込先口座	金融機関名	銀行・信用組合 信用金庫・農協					本店・支店 出張所	
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号 (右詰め)					
	口座名義人	(カタカナ)						
<input type="checkbox"/> 市の後期高齢者健康診査と重複して受診した場合は、助成金を市へ返還します。  年 月 日  申請者 (受診者)  花巻市長 様								
委任状 (振込先が申請者以外の場合) この助成金の受領を代理人に委任します。  <div style="text-align: right;">                     申請者 _____ 印                      代理人 住所 _____                      氏名 _____                 </div>								

(添付書類) 医療機関又は検査機関が発行した人間ドック受診に係る領収書の写し

\*\*\* 確認欄 (市受付者記入) \*\*\*

- 花巻市実施の特定健康診査を受けていない
- 花巻市国民健康保険人間ドック利用奨励金の交付を受けていない
- 年齢 (75歳以上)
- 領収書                       検査結果 (写)     問診票 (質問票)

受付印
特定健診未受診確認印

処理欄 (市担当者記入)	審 査	
<input type="checkbox"/> 入力	検査費用	円
<input type="checkbox"/> 受診券番号 :	特定健診費用	円
<input type="checkbox"/> その他 :	支給決定額	円