

人間ドック・脳ドック検査料助成金申請書

被保険者証	記号	001	番号	1111	年	月	日
世帯主	住所	草加市高砂1丁目1番1号					
	氏名	草加 太郎					
人間ドック 脳ドックの受診者	氏名	草加 花子					
	生年月日	昭和43年 10月 12日					
医療機関等	検査期間 及び区分	令和2年 6月 1日 から 日間 年 月 日 まで					
	所在地	草加市中央1丁目2番3号					
	名称	草加総合病院					
助成金交付申請額	円 (受付時に計算しますので記入しないでください。)						
次の金融機関へ振り込んでください。							
振込先	金融機関名	埼玉〇〇	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	草加	支店 (店番号123)	世帯主の名義の振込先を記入してください。世帯主以外の場合委任状が必要です。	
	口座番号	普通 当座 貯蓄	1234567	フリガナ	ソウカ タロウ	口座名義人 草加 太郎	
上記のとおり申請いたします。 令和 2年 6月 10日 〒340-0000 住所 草加市高砂1丁目1番1号				1. 血圧を下げる薬を飲んでいる (はい・いいえ) 2. 血糖を下げる薬を飲んでいる (はい・いいえ) 3. コレステロールを下げる薬を飲んでいる (はい・いいえ) 4. タバコを吸っている (はい・いいえ)			
世帯主 氏名 草加 太郎 (押印省略) 必ず自署してください。印鑑は省略できます。 電話 048-922-0151 草加市長あて				下記の項目を確認しレ点を付けてください。 <input checked="" type="checkbox"/> 人間ドックの検査結果により特定保健指導や生活習慣病重症化予防対策事業の対象になった場合、草加市や埼玉県国保連合会と契約する委託業者より事業への参加をご案内することがあります。			

※人間ドック又は脳ドックの領収書、検査結果の写しを添付してください。

資格等チェック欄

検査料 (税抜)	円
助成率 (7割)	円
支給決定額	円

検査日当日	資格	年齢35歳以上	1年以上加入	申請日当日	国民健康保険税
	有	適	適		完納
	無	否	否		未納

確認資料

領収書 結果の写し 委任状