

《指定外医療機関用》

北島町国民健康保険人間ドック等助成金申請書

令和 年 月 日

北島町長 宛

人間ドック等を受診したので、北島町国民健康保険人間ドック及び脳ドック実施要綱第9条第3項の規定に基づき、受診料の領収書及び健診結果表を添えて助成を申請します。また、健診結果を保健指導に使用する事同意します。

1 受診者・助成金額

保険証番号	北島 () 枝番 ()
住所	北島町
氏名	
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日
電話番号	
助成金額	円

※助成金額は、健診費用の7割の額です。(1円未満は切り捨て)
ただし、人間ドックは20,000円、脳ドックは15,000円を限度とします。

2 振込先

金融機関名	銀行 金庫 農協	支店名	本店(所) 支店(所) 出張所
種別	普通・当座	口座番号	
口座名義人	フリガナ		
	氏名		

*人間ドック等受診者と振込先の口座名義人とが違う場合は、ご記入ください。

口座名義人の本人確認書類が必要です。(コピー可)

私は次の者を代理人と定め、人間ドック等助成金の受領に関する一切の権限を委任します。	
代理人(口座名義人)	住所 氏名
委任者(受診者)	氏名

なお、北島町国民健康保険人間ドック及び脳ドック実施要綱第9条第4項の規定により、助成の期限は令和6年3月29日(金)までとします。