

魚沼市後期高齢者医療人間ドック助成金交付申請書

受診者 (被保険者)	被保険者番号	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日 (歳)
健診機関等	所在地	
	名称	
	受診年月日	年 月 日
	検査料	円

交付申請額及び助成金振込口座

交付申請額	円					
振込先 金融機関	銀行・農協 信用組合・金庫			支店		
	口座種別	普通・当座	口座番号 (右詰め)			
	フリガナ					
	口座名義人					

(添付書類)

- 1 健診機関等の人間ドック検査料金領収書の写し
- 2 人間ドックの検査結果の写し

委任状 ※申請人以外の口座に振り込む場合は、必ず記入してください。

後期高齢者医療人間ドック助成金の受領を下記の者に委任します。	
受任者 (口座名義人)	委任者 (申請者)
氏名	氏名

私は、人間ドックで得られた結果を、自らの健康管理を行うために魚沼市及び新潟県後期高齢者医療広域連合へ提供することに同意するとともに、健診結果について私自身の今後の保健指導及び健康相談を実施するとき並びに特定の個人が識別されることがない方法で統計・調査研究を実施する場合に限り使用することに同意したうえで、助成金の交付を申請します。

年 月 日

申請者 干
住 所
氏 名
電話番号

魚沼市長 様

市処理欄

ドック受診日	年 月 日	資格	有・無	保険料未納	有・無
検査料	円	審査結果	可・否	助成決定額	円
決裁	課長	係長	係		