

隠岐の島町外医療機関等ドック健診費助成金交付申請書兼請求書

| | | | | |
|--|---|----------|------|-----|
| 保険証記号番号 | | 86- | | |
| 住所 | | 隠岐の島町 | | |
| 受診者 | 氏名 | | | |
| | 生年月日 | 昭和 年 月 日 | 歳 | 男・女 |
| 健診医療機関名 | | | | |
| 健診年月日 | | 令和 年 月 日 | 健診費用 | 円 |
| 助成額 | | ※10,000円 | | |
| <p>上記のとおり人間ドックに要した費用に関する別途証拠書類を添えて申請します。なお、交付決定の際には下記金融機関に口座振込されますよう依頼します。</p> <p>また、必要に応じて隠岐の島町の特定保健指導に活用することに同意します。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>隠岐の島町長 様</p> <p style="text-align: center;">住所 隠岐の島町</p> <p style="text-align: center;">氏名 印</p> <p style="text-align: center;">電話番号</p> | | | | |
| 振込先 | 金融機関名 | | | 支店 |
| | 預金種別 | 普通・当座 | 口座番号 | |
| | (フリガナ) | | | |
| | 口座名義人 | | | |
| <p>※口座の確認ができる書類（通帳、キャッシュカードの写し）を添付してください</p> <p>※証拠書類は、①国民健康保険被保険者証、②健診結果報告書の写し、③領収書の写し、④特定健康診査受診券、⑤質問票、⑥印鑑（認印）</p> | | | | |
| 確認事項 | <input type="checkbox"/> 国民健康保険被保険者であって、かつ満40歳以上75歳未満の者であること <input type="checkbox"/> 国民健康保険税の滞納がないこと <input type="checkbox"/> 健診結果報告書を特定保健指導に活用することに同意すること <input type="checkbox"/> 当該年度に特定健康診査を受診していないこと | | | |