

様式第 1 号(第 7 条関係)

潮来市国民健康保険人間ドック助成金交付申請書兼実績報告書兼請求書

年 月 日

潮来市長 様 〒

申請者 住所

氏名

電話番号

次のとおり、人間ドックを受検したので、潮来市人間ドック助成金交付要綱の規定に基づき、助成金の交付を申請（請求）いたします。

助成金交付申請額(請求額) 円

受検の状況	受検者氏名		
	生年月日・年齢 年 月 日 ・ 歳		
	受検医療機関		
	受検年月日 年 月 日 から 年 月 日 まで		
受検費用 の 額	円		
保険証の 記号・番号	潮来 ・		
国民健康保 険税の納付	未納あり・未納なし	市が実施する特定健診 の受診（希望）の有無	有 ・ 無
添付書類	医療機関発行の領収書の写し及び検査報告書の写し		

◇助成金振込先

金 融 機 関 名	農 協 銀 行 信用金庫 信用組合 支所 支店	口座番号 普通・当座
		(フリガナ)
		名義人
委 任 状	人間ドック助成金の受領については、上記口座名義人に委任します。 氏名	

- ・ 検査報告書は本事業とこれに伴う保健指導事業以外に使用することはありません。
- ・ 今回の申請に伴い、個人情報を提供することに 同意します。□