

湯沢町後期高齢者医療人間ドック助成金交付申請書

湯 沢 町 長 様

被保険者氏名						電話番号			
生 年 月 日	年	月	日	被保険者番号					
受 診 医療機関名					受診日	年 月 日			
受診費用額	円				助成金交付 申請請求額	10,000円			
振 込 先	銀 行 信 用 金 庫 信 用 組 合 農 業 協 同 組 合 労 働 金 庫				本店 本所 支店 支所		預 金 種 別	普 通 当 座	
口座番号									
フリガナ									
口座名義									

※ 口座名義が被保険者本人でない場合、裏面の委任状欄の記載が必要です。

助成対象条件を全て満たしていることを申し添え、人間ドックを受診した費用に関する必要書類を添付の上、人間ドック助成金の交付を申請します。

また、町が行う保健活動のために保健師が検査結果を閲覧することに同意し、住民健診と重複して受診した場合は、助成金支給額を返還することを約束します。

年 月 日

申 請 者 ㊦949-

(被保険者) 住 所 湯沢町

氏 名 _____

※助成対象条件

新潟県後期高齢者医療広域連合健康診査実施要領に規定され、次の各号すべてに該当する者

- ・人間ドック受診時に湯沢町の後期高齢者医療に加入していること。
- ・後期高齢者医療保険料が完納されていること。
- ・今年度は、国民健康保険で実施している人間ドック助成及び住民健診を受けていないこと

委 任 状	湯 沢 町 長 様
	支給される人間ドック受診費用助成の受領を次の者に委任します。
	年 月 日
	委任者（被保険者） 氏 名 _____
	受任者（口座名義人）
	〒
住 所 _____	
氏 名 _____ 委任者との続柄 _____	
電話番号 _____	