

丹波市人間ドック等利用助成申請書

丹波市長 林 時彦 様

後期高齢者医療保険
加入者記入例

令和 7 年 6 月 20 日

提出日です

下記のとおり、関係書類を添えて人間ドック等受診料等助成金を請求します。

なお本申請に係る検査等に対し、必要に応じ医療機関等に確認を行うことに同意します。

*電話番号、メールアドレス（ある場合）を記載いただくことで、請求印を省略することが出来ます。

但し、記入間違がある場合、請求印は省略出来ず、訂正箇所にも請求印を押印ください。
(修正液や修正テープでの修正はしないでください。)

*振込を委任される場合は、申請者欄の押印及び委任欄の押印（同じ印）が必要です。

*太枠内の記入ください

| | | | | | | |
|---|--------------------|--|-------|-------------|----------|--|
| 申請者 (受診者本人) | フリガナ 氏名 | タンバ ハナコ 丹波 花子 | | | 生年 月日 | 電話番号、メールアドレス (任意)を記入いただくこと で、請求印を省略するこ とができますが、その場合、一 切の訂正は不可とします。 |
| | 住所 | 丹波市氷上町石生 2059-5 | | | | |
| | 電話番号 | 090-〇〇〇〇-〇×△〇 | | メールアドレス | | |
| | 保険の種類と 被保険者証番号 | (種類) 1 国民健康保険 (番号) | | | — (枝番) | |
| | | (種類) 2 後期高齢者医療保険 (番号) | | | 12345678 | |
| 助成 申請 内容 | 受診年月日 | 令和 7 年 5 月 10 日 | | | | |
| | 受診 医療機関 | ① ミルネ診療所 健診センター • ② 医療法人敬愛会 大塚病院 ③ その他 (○△健診センター) | | | | |
| | 健診の種類 | ①人間ドック | ②脳ドック | ③人間ドック・脳ドック | | |
| | 受診料(税込み) | 〇〇,〇〇△ 円 | | | | |
| | 請求額 | △△,△△△ 円 (助成対象額) | | | | |
| 振込先 | 本・支店名 | 種別 | 口座番号 | | | 口座名義人 |
| ○△ 銀行・農協 信用金庫 信用組合 | ×△ 本店 支店 出張所 | 普通 当座 | 0 | 0 | 0 | フリガナ タンバ ハナコ 丹波 花子 |
| 委任欄 この欄は、申請者以外の口座に振込みを希望される場合のみ記入してください。 | | | | | | |
| 上記助成金の受領に関する事を下記の者に委任します。委任者 <input type="text"/> | | | | | | |
| 受任者 住所 _____ | | | | | | |
| 氏名 _____ (申請者との続柄 _____) | | | | | | |
| 生年月日 昭・平 年 月 日 電話番号 _____ - _____ - _____ | | | | | | |

【添付書類】 領収書

健診結果 *ミルネ・大塚病院は不要

質問票 *ミルネ・大塚病院は不要

丹波市受診券 (申請時に返却未の方のみ)

| | |
|-------|--------|
| 支所受付印 | 担当課受付印 |
|-------|--------|

※担当課処理欄 受付番号 _____

| 助成 対象額 | 円 | 助成 決定額 | 円 |
|-----------|---|-------------|---|
| □25,000 円 | □ | 円 × 1 / 2 = | 円 |

裏面 市記入欄あり

丹波市人間ドック等利用助成申請書

令和 7 年 6 月 20 日

丹波市長 林 時彦 様

国保加入者記入例

提出日です

下記のとおり、関係書類を添えて人間ドック受診料等助成金を請求します。

なお本申請に係る検査等に対し、必要に応じ医療機関等に確認を行うことに同意します。

*電話番号、メールアドレス（ある場合）を記載いただくことで、請求印を省略することが出来ます。

但し、記入間違がある場合、請求印は省略出来ず、訂正箇所にも請求印を押印ください。

（修正液や修正テープでの修正はしないでください）

*振込を委任される場合は、申請者欄の押印及び委任欄の押印（同じ印）が必要です。

*太枠内のみ記入ください

| | | | | | | |
|---|------------------------|--|-------|-------------|-------------|--|
| 申請者 (受診者本人) | フリガナ | タンバ ハナコ | | | 生年 月日 | 電話番号、メールアドレス (任意)を記入いただくこと で、請求印を省略するこ とができますが、その場合、一 切の訂正は不可とします。 |
| | 氏名 | 丹波 花子 | | | (印) | |
| | 住所 | 丹波市氷上町石生 2059-5 | | | | |
| | 電話番号 | 090-〇〇〇〇-〇×△〇 | | | メールアドレス | |
| | 保険の種類と 被保険者証番号 | (種類) 1 国民健康保険 | | | (番号) 1234〇〇 | |
| 受診年月日 | 令和 7 年 5 月 10 日 | | | | | |
| 助成申請内容 | 受診 医療機関 | ① ミルネ診療所 健診センター ・ ② 医療法人敬愛会 大塚病院 ③ その他 (○△健診センター) | | | | |
| | 健診の種類 | ①人間ドック | ②脳ドック | ③人間ドック・脳ドック | | |
| 受診料(税込み) | 〇〇,〇〇△ 円 | | | | | わかりにくい場合は、 空欄でも結構です。 00 円未満切り捨て |
| 請求額 | △△,△△△ 円 (助成対象額の 1 /) | | | | | |
| 振込先 | 本・支店名 | 種別 | 口座番号 | | | 口座名義人 |
| ○△ 銀行 農協 信用金庫 信用組合 | ×△ 本店 支店 出張所 | 普通 当座 | 0 | 0 | 0 | × 1 1 フリガナ タンバ ハナコ 丹波 花子 |
| 委任欄 この欄は、申請者以外の口座に振込みを希望される場合のみ記入してください。 | | | | | | |
| 上記助成金の受領に関する事を下記の者に委任します。委任者 _____ (印) | | | | | | |
| 受任者 住所 _____ | | | | | | |
| 氏名 _____ (申請者との続柄 _____) | | | | | | |
| 生年月日 昭・平 年 月 日 電話番号 _____ - _____ - _____ | | | | | | |

【添付書類】 領収書

健診結果 *ミルネ・大塚病院は不要

質問票 *ミルネ・大塚病院は不要

丹波市受診券 (申請時に返却未の方のみ)

| | |
|-------|--------|
| 支所受付印 | 担当課受付印 |
|-------|--------|

※担当課処理欄 受付番号 _____

| 助成 対象額 | 円 | 助成 決定額 | 円 |
|-----------|---|-------------|---|
| □25,000 円 | □ | 円 × 1 / 2 = | 円 |

裏面 市記入欄あり