

丹波市人間ドック等利用助成申請書

令和 年 月 日

丹波市長 林 時彦 様

下記のとおり、関係書類を添えて人間ドック等受診にかかる費用の助成を申請します。
なお本申請にあたり、保険税（料）情報の閲覧及び健診結果・精密検査結果等に対し、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、記入間違いがある場合、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㊟）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 氏名	㊟			生年 月日	昭和 平成	年	月	日
	住所	丹波市							
	電話番号				メールアドレス (任意)				
	保険の種類	<input type="checkbox"/> 国民健康保険			<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険				
助成 申請 内容	受診年月日	令和 年 月 日							
	受診機関	<input type="checkbox"/> ミルネ診療所 健診センター			<input type="checkbox"/> 医療法人敬愛会 大塚病院				
		<input type="checkbox"/> その他 ()							
	健診の種類	<input type="checkbox"/> 人間ドック			<input type="checkbox"/> 脳ドック		<input type="checkbox"/> 人間ドック・脳ドック		
受診料 (税込)	円								
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				フリガナ			
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ことを下記の者に委任します。委任者 ㊟								
	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 _____ - _____								

..... (市記入欄)

【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

※担当課処理欄 受付番号 _____

支所受付印	担当課受付印
-------	--------

助成 対象額	円	助成 決定額	円
決定額 計算	助成対象額の 1/2 以内 (100 円未満切捨)、上限 25,000 円 円 × 1/2 = 円		
資格取得 年月日	年 月 日	滞 納	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
健診等 受診状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (健・脳・人)	審 査 結 果	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
女性のみ	乳・子 <input type="checkbox"/> 対象外 ・ <input type="checkbox"/> 対象 (受診有・無のため券返却)		