

第4号様式（第7条関係）

上越市国民健康保険人間ドック健診費用助成金交付申請書

年 月 日

（宛先）上越市長

次のとおり人間ドック健診費用助成金の交付を申請します。

健診機関名				
受診年月日		年 月 日		
申請者 (受診者)	被保険者記号・番号	上越		
	フリガナ氏名			
	生年月日	年 月 日		
	住所			
	電話番号	()		
申請額		円		
振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農協 労働金庫		本店 支店 支所 出張所
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	フリガナ 口座名義人			

備考 振込先を記入の上、人間ドック健診に係る領収書と健診結果を添付してください。

同意欄	<p>上越市が、人間ドック健診結果について、保健指導等に活用することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名 _____</p>
委任欄	<p>申請者（受診者）と振込先の口座名義が異なる場合は記入してください。 [委任する人] 助成金の受領を下記の人に委任します。 申請者氏名 _____</p> <p>[委任を受ける人] 住所 _____ 氏名 _____ 電話 _____ 委任する方との続柄 _____</p>