

上越市後期高齢者人間ドック健診費用助成金交付申請書

令和 7 年 〇 月 〇 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 | | ● ● 病 院 | |
| 受 診 年 月 日 | | 令和 7 年 4 月 25 日 | |
| 申 請 者 （ 受 診 者 ） | 被 保 険 者 番 号 | 1 2 3 4 5 6 4 7 8 | |
| | フリガナ 氏 名 | ジョウ エツ タ ロウ 上 越 太 郎 | |
| | 生 年 月 日 | 昭和 20 年 1 月 1 日 | |
| | 住 所 | 上越市 木田1丁目1番3号 | |
| | 電 話 番 号 | 0 2 5 （ 5 2 6 ） 5 1 1 1 | |
| 申 請 額 | | 1 0 , 0 0 0 円 | |
| 振 込 先 <u>受領委任払いの健診 機関で受診する場合 は記入不要</u> | 金融機関名 | 銀 行 本 店 信用金庫 支 店 信用組合 支 店 | |
| | 預 金 種 別 | 普 通 | ※ 受領委任払いの健診機関で 受診する場合、振込先のご記入は 不要です。 |
| | フリガナ | | |
| | 口座名義人 | | |

備考

1 他の制度による人間ドック健診費用の助成金等を受ける場合は、助成対象外です。

2 指定健診機関で受診する場合は、振込先の記入は不要です

3 指定健診機関以外で受診する場合は、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>私は、下記のことについて同意します。</p> <ul style="list-style-type: none">・後期高齢者医療人間ドック健診費用助成の対象者であることを、助成金に係る手続のため市から指定健診機関へ提供すること及び指定健診機関から市へ受診があったことを市に報告すること。・人間ドック健診結果について、自らの健康管理を行うために、上越市及び新潟県後期高齢者医療広域連合へ提供すること。・人間ドック健診結果について、今後の保健指導及び健康相談並びに特定の個人が識別されることがない方法で統計又は調査研究に利用すること。 <p>申請者氏名 <u>上 越 太 郎</u></p> |
|-------|---|

| | | |
|-----------|--|------------|
| 委 任 欄 | 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。 | 必ずご署名ください。 |
| | 申請者氏名 | |
| | [委任を受ける人] 住 所 | |
| | 氏 名 | |
| | 電話番号 | |
| 委任する人との続柄 | | |