

## 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 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					
申請者 (受診者)	被保険者番号				
	フリガナ 氏名				
	生年月日				
	住所				
	電話番号	( )			
申請額		10,000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

- 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。
- 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。
- 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	私は、下記のことについて同意します。 <ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> </ul>
	<u>申請者氏名</u>

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。 <u>申請者氏名</u> [委任を受ける人] <u>住所</u> <u>氏名</u> <u>電話番号</u> <u>委任する人との続柄</u>
-----	--