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） | 被保険者証番号 | 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　　　　　　本　店  信用金庫　　　　　　支　店  信用組合　　　　　　支　所  農　　協　　　　　　出張所  労働金庫 | | |
| 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 | 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。  　　　　　　　　　　　　　　　申請者氏名 |
| 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。  申請者氏名    ［委任を受ける人］  住　所  氏　名  電　話  委任する方との続柄 |