

第1号様式（第5条関係）

大磯町後期高齢者人間ドック助成申請書兼請求書

年 月 日

大磯町長 様

申請及び請求者 住所 _____
 氏名 _____
 電話番号 _____

人間ドック費用の助成について、関係書類を添えて次のとおり申請及び請求します。
 なお、申請にあたり、次の事項について同意します。

1. 後期高齢者医療保険料の納付状況を調査すること
2. 受診結果を法に基づく健康診査の健診結果とし、保健事業等に使用すること
3. 必要時、人間ドックの受診結果について受診機関へ問い合わせること

受診者	住 所	中郡大磯町			
	氏 名				
	生 年 月 日	年	月	日	性別 男 ・ 女
受診内容	受 診 日	年 月 日			
	受診機関名				
	受診費用	円	控除額	円	
添付書類					
1. 人間ドックの受診に係る領収書 2. 人間ドックの受診結果票の写し 3. 質問票 4. その他必要な書類					

振込先	金融機関名				店名	
	銀行・信用金庫 信用組合・農業協同組合				本店 支店・出張所	
口座種別	口座番号				フリガナ	
普通・当座 その他					口座名義人	

町記載欄
・被保険者資格（あり・なし） ・被保険者番号（ ） ・受診時年齢（ ） ・滞納有無（なし・あり） ・他受診（なし・あり）