

第1号様式（第5条関係）

大磯町国民健康保険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. 町税の納付状況を調査すること
2. 受診結果を特定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. 特定健康診査受診券
4. 質問票
5. 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）