

横須賀市人間ドック費用助成申請書

令和 年 月 日																
(あて先) 横須賀市長 様																
申請者 住所 横須賀市.....町.....丁目.....番(地).....号																
(受診者) (方書).....																
電話 ..(.....).....-																
氏名 (印).....																
(本人が署名した場合は押印を省略できます)																
人間ドック費用の助成金の交付を申請します。なお、申請にあたり、次の事項について同意します。																
1. 市税の納付状況を調査すること																
2. 検査結果を特定健康診査の検査結果とし、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																
4. 受診日時時点で横須賀市国民健康保険の被保険者であること																
受診者	氏 名			生年月日		受診時年齢		受診券番号								
				昭和 年 月 日		歳										
受診機関等	人間ドック受診機関名						受診日									
							令和 年 月 日									
	所 在 地						受診費用									
							円									
支給方法	振込口座	フリガナ		銀 行							支店					
		口座名義人		店番号				預金種別	普通・当座	口座番号						
	※口座名義人が申請者でない場合の委任欄 この申請にかかわる金銭の受領を上記の者(口座名義人)に委任する。															
申請者(署名) (印)..... (本人が署名した場合は押印を省略できます)																

申請時に必要な書類

- ☐ 22 項目の質問票
- ☐ 特定健康診査受診券
- ☐ 人間ドック受診結果
- ☐ 申請者あての領収書
- ☐ 明細書(発行されている場合)
- ☐ 振込先のわかるもの(通帳またはキャッシュカード)
- ☐ 押印(必要時)

(事務担当)

横須賀市民生局健康部健康管理支援課国保特定健診担当

☐ 郵送 ☐ 窓口

受付者	受領印
-----	-----