

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

Table with 4 columns: 氏名, 生年月日, 受診時年齢, 受診券番号. Includes fields for 昭和 年 月 日, 歳, 被保険者証番号, 記号, 03, 番号, 人間ドック受診機関名, 受診日, 所在地, 受診費用, 円.

Table for 支給方法. Columns include 振込口座, フリガナ, 口座名義人, 銀行信用金庫, 支店, 店番号, 預金種別, 普通当座, 口座番号. Includes a section for 委任欄 and a signature line with (印).

申請時に必要な書類

- 横須賀市国民健康保険被保険者証 □特定健康診査受診券
□人間ドック受診結果 □人間ドックの受診に係る領収書・明細書(必要時)
□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)

(問合せ先)

横須賀市民生局健康部健康管理支援課国保特定健診・保健担当
電話(直通) 046-822-8227

Table with 2 columns: 受付者, 受領印

□郵送 □窓口