

新座市国民健康保険健康診査補助金交付申請書兼請求書

令和 年 月 日

（申請先）新座市長

■申請者(健康診査受診者)

住所	市	丁目	番	号
申請者	_____			
氏名	_____			
生年月日	昭和	年	月	日
電話	()			

新座市国民健康保険健康診査補助金交付要綱第4条に基づき、下記の事項を確認し同意の上、新座市国民健康保険健康診査補助金の交付を受けたいので関係書類を添えて次のとおり申請いたします（下記□にチェック☑をお願いいたします）。

- 受診日に新座市国民健康保険の資格を喪失している方は補助の対象になりません。
- 今年度4月以降に特定健康診査、人間ドックを受診している方は補助の対象になりません。
- 上記に該当し、新座市国民健康保険健康診査補助金の交付を受けた場合、後日補助金額を返還していただきます。
- 本申請に当たり、新座市が保有する情報について閲覧し、調査し、及び医療機関等に問い合わせることに同意します。

■申請内容

受診日	申請額(自己負担額)	受診医療機関名・電話
令和 年 月 日	円	()

■振込先

金融機関名	銀行・農協 信用金庫	支店 出張所
口座番号	普通・当座	
フリガナ		
口座名義人		

※ 申請者と口座名義人が異なる場合は、下欄の委任状に記入・押印が必要となります。

私は、上記口座名義人に本件に係る新座市国民健康保険健康診査補助金の受取を委任いたします。
令和 年 月 日 氏名 ㊟

- 【添付書類】
- ① 特定健康診査受診券
 - ② 健康診査結果の写し
 - ③ 領収書：原本（受診日、健診費用、実施医療機関を確認できるもの）
 - ④ 記入済の特定健康診査問診票

※ 申請手続の期限は、健康診査受診日から6か月以内です。