

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4月1日

（申請先）新座市長

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、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必要書類を添えて次のとおり申請いたします。

■ 申請者（受診者）及び申請内容

被保険者証 記号・番号	埼新 0 1 2 3 4 5 6 (枝番) 0 1	生年月日	昭和●年 1 月 1 日
受診者氏名	新座 太郎	電話番号	048-477-1111
受診者住所	新座市野火止 1-1-1		
医療機関名	○×クリニック 健診センター		
医療機関 電話番号	03-123-4567	受診日	令和●年 1 月 1 日
申請額	10,000 円		
※自己負担額が10,000円未満の場合は、負担金額を記入してください。 自己負担額が10,000円以上の場合は、10,000円と記入してください。			

■ 振込先

金融機関名	新座	銀行	農協	新座	支店				
口座番号	普通・当座	0	1	2	3	4	5	6	出張所
フリガナ	ニイザ タロウ								
口座名義人	新座 太郎								

※ 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が必要となります（自署の場合、押印不要）。

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 申請者氏名

印