

国民健康保険人間ドック及び脳ドック健康診査費用補助金請求書

被 保 険 者 記 号 ・ 番 号	2 ヒ								生 年 月 日	年 月 日					
フリガナ															
氏 名															
受 診 者 住 所															
受 診 医 療 機 関 名								受 診 種 別 (1つに○)		人間ドック					
									脳ドック						
									併診ドック						
受 診 年 月 日	令和		年		月		日	費 用 額	ドックの費用のみ(税込)を右詰めで記入してください。(オプションは含みません)						
								¥							円
市 の 特 定 健 診	受診しない・受診しなかった							※人間ドックまたは併診ドックと市の特定健診（集団健診または医療機関健診）の両方は受診できません。（ただし、脳ドックとの併診は可能です。）							
振 込 先 (受診者名義の口座)	金融機関名				支店名				預 金 種 類	普 通 ・ 当 座					
	口座番号								カタカナで記入してください。						
				口座名義人											
上記のとおり補助金を請求します。															
令和 年 月 日															
日立市長 殿 円															
請求者（受診者） 住 所 _____															
氏 名 _____															
電話番号 _____															

※領収書と健診結果（人間ドック・併診ドックのみ）を必ず添付してください。

※受診者以外の口座に振込みを希望する場合は、委任状欄を記入してください。

委 任 状 欄	上記補助金の受領に関する一切の権限を委任します。									
	年 月 日									
	委 任 者	住 所					代 理 人	住 所		
		氏 名						氏 名		

※審査欄は記入しないでください。

審 査 欄	被保険者資格	保 険 料 未 納	既 補 助 状 況	脳ドック可否	健康診査受診	審 査 結 果	補 助 金
	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	可 ・ 否	有 ・ 無	決定・却下	円

決 定	入 力	受 付