

様式第 1 号（第 5 条関係）

年 月 日

（宛先）土岐市長

住 所
氏 名
電話番号

土岐市国民健康保険・後期高齢者医療人間ドック費用助成金
交付申請書兼請求書

人間ドック受診費用の助成を受けたいので、土岐市国民健康保険・後期高齢者医療人間ドック費用助成金交付要綱第 5 条の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請及び請求します。なお、人間ドックの検査結果を登録及び分析し、保健指導等の健康増進事業に使用することに同意します。

1 受診状況

受診者氏名	
被保険者証番号	
受診日	
医療機関等名	

2 受診費用及び助成金の額

受診費用	円
助成金の額（請求額）	円

※助成金の額は、受診費用の 2 分の 1（100 円未満切捨て、上限 11,000 円）とする。

3 助成金の振込先

		銀行・金庫 農協						本店 支店	
普通 当座	口座 番号							フリガナ	
								口座 名義人	