

新発田市後期高齢者医療人間ドック健診費用助成申請書

年 月 日

(宛先) 新発田市長

下記のとおり人間ドック健診費用助成を申請します。

記

1	健診機関名					
2	受診(予定)年月日	年	月	日		
3 申請者 (受診者)	被保険者番号					
	生年月日	年	月	日		
	住所					
	電話番号					
4	申請額	円				
5	振込先	金融機関名	銀行	本店		
			信用金庫	支店		
		信用組合	支所			
		農協	出張所			
		労働金庫				
	預金種別	普通・当座	口座番号			
	口座名義 (カタカナで記入)					

健診結果の提供及び利用に係る承諾書

私は、後期高齢者医療人間ドック健診費用助成を利用するにあたり、健診結果を新発田市と新潟県後期高齢者医療広域連合へ提供すること並びに私の今後の保健指導及び健康相談の実施及び特定の個人が識別されることのない方法で統計・調査研究する場合に限り使用することを承諾します。

申請者

記入上の注意

- 1 他の制度による人間ドック健診費用の助成金等を受ける場合は、助成対象外です。
- 2 指定健診機関で検診を希望する場合は、太線枠内の記入は不要です。
- 3 指定健診機関以外で検診を希望する場合は、太線枠内を記入の上、人間ドック健診結果と領収書を添付してください。