

特定健診費用助成申請書兼請求書

令和 年 月 日

健康診査に係る償還払について、飯綱町国民健康保険特定健康診査償還払による助成実施要綱第5条の規定により、次のとおり申請及び請求します。

記

		令和 年度分	
申請者	保険証 記号番号	記号 飯綱 番号	
	ふりがな		
	氏名	性別 男・女	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日 ( 歳)	
	住 所	〒389- 飯綱町大字 電話 ( )	
受診した 医療機関名	所在地 名称 (受診日：令和 年 月 日)		
申請額 金 円 (金額は町で審査後記入します。 町へ提出された健診結果は必要により保健指導に活用されることがある他、町の国保の健康づくり事業に活用されることに同意します。 令和 年 月 日 飯綱町長 様			
振込先	金融機関名	銀行・金庫 信組・農協 本店・支店 出張所	
	ゆうちょ銀行	店名	店番
	貯金種別	普通 当 座	(ふりがな) ( ) 口座名義人
	口座番号		(左詰記入)
備 考			
申請受理年月日		(承認・不承認) 決定年月日	

(注) 太枠の中を記入してください。

(添付書類)

- 健康診査の結果を証明する書類の写し (特定健康診査の必須項目が必要)
- 当該年度の特定健診受診券
- 人間ドックの領収証 (原本)