

後期高齢者健康診査費用助成申請書兼請求書

令和 年 月 日

後期高齢者健康診査に係る償還払について、飯綱町後期高齢者健康診査償還払による助成実施要綱第6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	保険証番号	被保険者番号											
	ふりがな												
	氏名										性別	男・女	
	生年月日	大正・昭和	年	月	日	(	歳)						
	住所	〒389-12 飯綱町大字											電話
受診した医療機関名	所在地 名称  (受診日 年 月 日)												
<p>申請額 金 _____ 円 (金額は町で審査後記入します。)</p> <p>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、町の後期高齢者の健康づくり事業に活用されることに同意します。</p> <p>令和 年 月 日 氏名 _____ 飯綱町長 様</p>													
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						

(提示又は添付書類)

- 1 後期高齢者健康診査の項目を含む人間ドック結果書の写し
- 2 当該年度の後期高齢者健康診査受診券
- 3 被保険者証
- 4 人間ドックの領収書 (原本)