

行田市後期高齢者人間ドック等助成金交付申請書

年 月 日

行田市長

申請者（受検者） 住 所 _____
 氏 名 _____
 電 話 _____

次のとおり人間ドック等を受検しましたので、行田市後期高齢者人間ドック等検査料助成要綱第6条第2項の規定により、関係書類を添えて申請します。

また、健康診査及び保健事業の実施のために、当該検診結果を行田市に提供します。

被保険者証記号番号	行田		
医療機関	所在地		
	名称		
受検年月日	年	月	日
ドックの種類別	人間ドック ・ 脳ドック ・ 併診ドック		
検査料金（消費税込）			円
請求金額			円

振込先口座

金融機関名		支店名	
フリガナ		種別	普通 ・ 当座
口座名義		口座番号	

*以下の欄の記入は不要です。

要 件 審 査		
要 件	適 ・ 否	備 考
被保険者資格	有 ・ 無	
後期高齢者医療保険料	完納 ・ 未納	
健診受診	未済 ・ 済	
審査の結果、助成要件に（適合している・適合していない）ので（承認・不承認）と決定したい。		
		担当者