

課長	係長	受付・確認	受付印

清瀬市後期高齢者人間ドック受診料助成申出書

清瀬市長 殿

人間ドック受診料の助成を下記のとおり申請します。

※ 太枠内の中のみ記入してください。

受	保険者番号	3	9	1	3	2	2	1	2
	被保険者番号								
診	住所	清瀬市							
	(フリガナ)								
	氏名								
者	生年月日	大正・昭和			年		月		日
	日帰り	令和			年		月		日
受診日	宿泊	令和			年		月		日～
									月 日
	検査病院等名称								
	領収書金額	円							
	※支給決定金額	円							

人間ドック受診料支払口座振込指定書

振込指定銀行	銀行・農業協同組合 信用金庫・信用組合	本店 支店
指定口座番号		普通・当座
(フリガナ)		
口座名義		
人間ドック受診料助成金額を上記の金融機関へ振り込んでください。		
申請日 令和 年 月 日		
(申請者)住所 清瀬市		
氏名	電話番号：	

確認事項	保険料 <input type="checkbox"/> 健診結果 <input type="checkbox"/> 問診表 <input type="checkbox"/>
------	---

利用できる方・・・清瀬市の後期高齢者医療制度加入者で、後期高齢者医療保険料を納期内に完納している方。

助成要件・・・・・・1人年1回(4月1日から3月31日)。
受診料の2分の1(ただし、2万円を限度とします)。

※ 添付書類・・・・・・人間ドック領収書(コピー可) 健診結果(コピー) 問診表

本人確認 : マイナンバー・免許証・保険証(資格確認書)・その他