

摂津市国民健康保険人間ドック等費用助成金申請書兼請求書

申請日 令和 年 月 日

受診者	被保険者番号	摂国	氏名	
	生年月日	年 月 日	電話番号	
受診区分	1. 人間ドック		2. 脳ドック(頭部MRI・MRA検査)	
受診年月日	年 月 日	実施機関名		
人間ドック自己負担額	円	脳ドック自己負担額	円	
人間ドック上限額	26,000円	脳ドック上限額	20,000円	
人間ドック申請額(A)	円	脳ドック申請額(B)	円	
請求額(A)+(B)	円	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 申請額には自己負担額と上限額のどちらか少ない額を記入してください </div>		

※金額欄の訂正不可

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	本店 支店 ()
口座番号(左づめ記載)		預金種別 普通・当座
口座名義カナ		
口座名義		

摂津市国民健康保険人間ドック等費用助成金交付要綱第3条第4号に規定されている検査結果の特定健康診査等事業への利用に同意し、同要綱第7条に基づき必要書類を添付して、上記のとおり申請及び請求します。
 なお、助成の決定があったときは、上記口座に振り込んでください。

摂津市長 様

住所 _____

(申請者)
(受診者) 氏名 _____

電話番号 _____

委任状欄	年 月 日 (口座名義人)
	上記助成金の受領に関する一切の権限を _____ に委任します。
	委任者 住所 _____ (申請者) 氏名 _____

※ 申請者以外の口座を登録される場合は、上記の委任状欄にご記入をお願いします。