

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	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) 3. 人間・脳ドックセット		
受診年月日		年 月 日	実施機関名	
自己負担額			円	
助成金上限額			1. 人間ドック26,000円、2. 脳ドック20,000円 3. 人間・脳ドックセット46,000円	
申請額 (請求額)			円	

※金額欄の訂正不可

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

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保健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) 氏 名
(受診者)

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。