

別記

第1号様式（第8条関係）

多古町後期高齢者医療保険人間ドック等受診料助成申請書

年 月 日

多古町長 様

多古町後期高齢者医療保険人間ドック等受診料助成規則第8条の規定により、人間ドック等の受診料の助成を申請します。

また、人間ドック等の結果を後期高齢者健康診査の結果として利用することに同意します。

被 保 険 者 番 号									
受 診 者 (申 請 者)	住 所								
	氏 名								
	生年月日		年	月	日	電話番号			

検 査 医 療 機 関 名									
受 診 日		年	月	日	～		年	月	日
ドックの種類	<input type="checkbox"/> 人間ドック				<input type="checkbox"/> 脳ドック				

費 用 総 額 ※消費税を含む ※文書料は含まない ※領収書の写を添付		円	助 成 額 ※費用総額×7/10 ※助成限度額7万円 ※千円未満切捨		千円
--	--	---	---	--	----

チェック リスト	<input type="checkbox"/> 申請日において、多古町後期高齢者医療の被保険者である。 <input type="checkbox"/> 領収書の写し <input type="checkbox"/> 人間ドック結果成績表の写し <input type="checkbox"/> 納期到来分の後期高齢者医療保険料を完納している。 <input type="checkbox"/> 受診年度において後期高齢者健康診査や人間ドック等を受けていない。
-------------	---

多古町後期高齢者医療保険人間ドック等受診料助成請求書

年 月 日

多古町長 様

申請者 住 所
氏 名

多古町後期高齢者医療保険人間ドック等受診料助成規則第10条の規定により、請求します

1. 請求金額 千円

2. 振込先

<input type="checkbox"/> 前年度申請した口座への振り込みを希望します。 <input type="checkbox"/> 下記(別紙)口座への振込を希望します。 <input type="checkbox"/> 現金での支給を希望します。										
振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 協同組合							本店 支店 本所	
	銀行コード					支店コード				
	預金種目	普通・当座 他 ()	口座番号							
	口座名義人	カタカナ								