

後期高齢者医療予防検診助成金交付申請書

被 保 険 者 番 号		資 格 取 得 年 月 日	年 月 日
受 検 者 氏 名		生 年 月 日	年 月 日
検 査 機 関	名 称		
	所 在 地		
受 検 年 月 日	年 月 日 ~ 年 月 日		
検 査 方 法	人 間 ド ッ ク ・ 併 診 ド ッ ク		
受 検 料	円		
助 成 金	円		

上記のとおり検査を受けたので、受検結果を被保険者の健康の保持及び増進のための事業（保健指導、受診勧奨等）へ使用することに同意したうえで、助成金を交付されるよう検査領収書及び予防検診結果を添えて申請します。

年 月 日

(あ て 先)
本 庄 市 長

住 所
氏 名
電 話

次の金融機関に振込んでください。

銀行・信用金庫 信用組合・農協	支店	普 通	口 座 番 号		名 義 人 フリガナ
--------------------	----	--------	------------------	--	-------------------------

* 事務処理欄

被保険者資格	適 ・ 否
国保予防検診	有 ・ 無
特定健康診査	有 ・ 無
後期高齢保険料	適 ・ 否