

## 人間ドック等検査費用補助金交付申請書兼請求書

令和 年 月 日

(提出先) 上田市 長

郵便番号 386 - 

住所 上田市

申請者 氏名  
(受診者)

電話番号 - -

生年月日 大・昭・平 年 月 日 (年齢 歳)

※年齢は検査日時点

次のとおり人間ドック等を受診しましたので、補助金を交付してください。

なお、申請にあたり市税及び後期高齢者医療保険料の納付状況を職員が調査すること、及び検査結果を市に提供し、特定健診又は長寿健診に準じて利用することに同意します。

## 1 受診内容

人間ドック等の種類	1泊2日人間ドック	日帰り人間ドック	脳ドック (国保被保険者のみ)
受診年月日	令和 年 月 日 から 月 日 まで		
医療機関名	総合病院・医療センター 病院・医院・診療所・クリニック		
受診費用	円		

## 2 受診時に加入していた保険

上田市国民健康保険	後期高齢者医療制度
-----------	-----------

## 3 補助金額

健康保険区分	1泊2日人間ドック	日帰り人間ドック	脳ドック
上田市国民健康保険	25,000円	13,000円	13,000円
後期高齢者医療制度	13,000円	13,000円	

## 4 振込先口座

銀行 組合 金庫 農協	本店 支店 支所 出張所
預金種別 普通・当座	(フリガナ)
口座番号	口座名義人

## 職員記入欄

 加入保険確認済 (記号 番号 )

## 【添付書類】

- 本人確認書類
- 領収書 (明細書含む) の原本 (※) 領収書 (明細書) は、写しを取った上で、原本は申請者に返却
- 検査結果・問診票 (40歳以上の国保加入者又は後期高齢者のみ) (医療機関によっては不要)

上田市記入欄	受付	滞納確認	審査	補助交付額
		滞納なし		
		滞納あり		円