

人間ドック等検査費用補助金交付申請書兼請求書

令和 8年 7月 20日

(提出先) 上田市 長

郵便番号 386 - 7777

住所 上田市 中央7丁目7番7号

申請者
(受診者)

氏名 健康保

電話番号 0268 - 70 - 0007

生年月日 大昭・平 57年 0月 0日 (年齢 XX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確認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 <input type="radio"/>	日帰り人間ドック <input checked="" type="radio"/>	脳ドック (国保被保険者のみ)
受診年月日	令和 8年 7月 7日 から 7月 7日 まで		
医療機関名	大手町 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	45,000円		

2 受診時に加入していた保険

<input checked="" type="radio"/>	上田市国民健康保険	<input type="radio"/>	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	<input checked="" type="radio"/> 13,000円	13,000円
後期高齢者医療制度	13,000円	13,000円	

(注)「受診費用」についてドックの基本受診費用のみ記載してください(オプションがある場合は、その料金は差し引いた金額を記載してください)。※不明であれば空欄でも構いません。また、誤った金額を記載した場合でも、訂正はせずそのまま提出してください。

4 振込先口座

上田	銀行 組合	大手町	本店 支店
	金庫 農協		支所 出張所
預金種別	<input checked="" type="radio"/> 普通 当座	(フリガナ)	ケンコウ タモツ
口座番号	1 2 3 4 5 6 7	口座名義人	健康保

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