

別記様式

津南町後期高齢者医療保険人間ドック検診費用補助金交付申請書

年 月 日

津南町長 あて

申請者	住所 津南町大字
	氏名 (印)
	受診者との関係
	昼間の 連絡先電話番号 ()

私は契約医療機関以外で人間ドック検診を受診したので、津南町後期高齢者医療保険人間ドック検診費用補助金交付要綱第4条の規定に基づき関係書類を添えて申請をします。

なお、補助金の交付を受けるにあたり、必要があるときは、住民基本台帳閲覧や受診医療機関、または住民税課税台帳により世帯の課税状況、健康保険証の確認等、関係部署へ確認することに同意します。

受診者	フリガナ		性別	男・女
	氏名			
	生年月日	年 月 日	年齢	歳
	被保険者証の記号番号			
受診医療機関名				
受診年月日		年 月 日		
受診者が支払った検診料		円	補助金申請額	円
人間ドック受診証明書 上記のとおり受診したことを証明します。 年 月 日 医療機関名 (印)				
振込先	金融機関名	銀行・農協 信用金庫・信用組合		本店 支店
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			

〔申請の際の注意事項〕

- ※ 新潟県後期高齢者医療保険の被保険者であって津南町に住所を有し、後期高齢者医療保険料の滞納がなく、人間ドック検査結果の情報提供があるかたに対し補助金を交付します。
- ※ 受診医療機関の証明がない場合は受診の確認ができる領収書または証明書の添付が必要です。