

第1号様式（第6条関係）

健康診査費用助成金交付申請書

令和 年 月 日

尾張旭市長 殿

申請者 被保険者番号
住 所
氏 名
電 話 番 号

尾張旭市後期高齢者医療健康診査費用助成金交付要綱第6条の規定により、下記の事項に同意の上、関係書類を添えて申請します。

申 請 理 由		☒ かかりつけ医が委託医療機関以外であるため ☐ その他（ ）					
受 診 年 月 日		令和 年 月 日					
受 診 し た 医 療 機 関		名 称					
		所在地					
受 診 に 要 し た 費 用		円					
振 込 先	銀 行 等 の 名 称		銀 行 信用金庫 農 協 店				
	預 金 の 種 別		☐ 普通 ・ ☐ 当座		口座番号		
	フ リ ガ ナ						
	口 座 名 義 人						
添 付 書 類		☐ 健康診査受診結果の写し ☐ 健康診査の費用に係る領収書の写し					
同意事項							
1 市が健康診査の結果を保存し、必要に応じ、保健事業に活用すること。 2 健康診査の結果を点検するため、市が受診データ等を愛知県国民健康保険団体連合会及び愛知県後期高齢者医療広域連合に提出すること。 3 健康診査の結果に不明な点がある場合に、市が受診医療機関に直接問い合わせること。							