

可児市国民健康保険脳ドック健診助成申請書兼請求書

申請日 年 月 日

可 児 市 長 様

申請者（世帯主） 住 所
氏 名
電話番号

脳ドック健診を受けましたので、可児市国民健康保険脳ドック健診助成事業実施要綱の規定により、必要な書類を添えて申請します。

助成の決定に必要な場合は、脳ドック健診実施機関に対し内容を照会することに同意します。

また、交付決定がされた場合は、同日付けで交付決定額を下記の口座に振り込むよう請求します。

被保険者記号・番号			
受診者	氏 名		
	生年月日	年 月 日（年度末年齢 歳）	
健診実施機関		受診日	年 月 日
費 用		円	

振込先

金融機関名	銀行 ・ 金庫 組合 ・ 農協		本店 ・ 支店 出張所 ※ゆうちょは5ケタの記号
口座種別	普通・当座	口座番号	※ゆうちょは8ケタ
口座名義人	(フリガナ)		

なお、申請者と口座名義人が異なる場合は、この申請書をもって口座名義人に対する受領委任状も兼ね、上記口座名義人へ受領を委任します。

【保険者記載欄】 受付者（ ）

☐被保険者資格 （ 有 ・ 無 ） ☐年度末年齢（ 40・45・50・55・60・65・70・74 ） 歳

☐保険税未納 （ 有 ・ 無 ） ※有の場合は保険収納係へ

☐保険診療等でないこと

☐健診費用の領収書 ※明細等で脳ドック受診がわかること

交付決定額	円 ※助成限度額 10,000円
-------	-----------------------