



国民健康保険人間ドック及び脳ドック健康診査費用補助金請求書

被 保 険 者 記 号 ・ 番 号	2ヒ	1	2	3	4	5	6	7	生 年 月 日	1960 年 3 月 3 日						
フリガナ	ヒタチ ハナコ															
氏 名	日立 花子															
受 診 者 住 所	日立市助川町1丁目1番1号															
受 診 医 療 機 関 名	〇〇病院								受 診 種 別 (1つに〇)	<input checked="" type="radio"/>	人間ドック					
											脳ドック					
											併診ドック					
受 診 年 月 日	令和	7	年	5	月	5	日	費 用 額	ドックの費用のみ(税込)を右詰めで記入してください。(オプションは含みません)							
									¥	4	5	0	0	0	円	
市 の 特 定 健 診	受診しない・受診しなかった								※人間ドックまたは併診ドックと市の特定健診（集団健診または医療機関健診）の両方は受診できません。（ただし、脳ドックとの併診は可能です。）							
振 込 先 (受診者名義の口座)	金融機関名				支店名				預金種類	普通・当座						
	△△銀行				□□支店				カタカナで記入してください。							
口座番号		9	8	7	6	5	4	3	口座名義人 ヒタチ ハナコ							
上記のとおり補助金を請求します。																
										令和	7	年	5	月	20	日
日立市長 殿																
〒317-8601																
請求者（受診者） 住 所 <u>日立市助川町1丁目1番1号</u>																
氏 名 <u>日立 花子</u>																
電話番号 <u>0294-22-3111</u>																

※領収書と健診結果（人間ドック・併診ドックのみ）を必ず添付してください。

※受診者以外の口座に振込みを希望する場合は、委任状欄を記入してください。

委 任 状 欄	上記補助金の受領に関する一切の権限を委任します。											
	年 月 日											
委 任 者	住 所								代 理 人	住 所		
	氏 名	(印)								氏 名		

※審査欄は記入しないでください。

審 査 欄	被保険者資格	保 険 料 未 納	既 補 助 状 況	脳ドック可否	健康診査受診	審 査 結 果	補 助 金
	有・無	有・無	有・無	可・否	有・無	決定・却下	円

決 定	入 力	受 付