**国保**

様式第８号（第１２条関係）

**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 |  |  |  |  |  |  |  | 生 年 月 日 | 　　　年　　月　　日 |
| フ　リ　ガ　ナ |  |
| 氏　　　　名 |  |
| 受診者住所 |  |
| 受診医療機関名 | 　 | 受診種別（１つに○） |  | 人間ドック |
|  | 脳ドック |
|  | 併診ドック |
| 受診年月日 | 令和　　　年　　　月　　　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**） |
| ￥ |  |  |  |  |  |  |  | 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 |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  | 口座名義人 | カタカナで記入してください。 |
| 　上記のとおり補助金を請求します。令和　　　年　　　月　　　日　　日立市長　殿　　　　　　　　　　　　　　　 〒　　　　　　　　　　請求者（受診者）　住　　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

**※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 | 　　　　　　　　　　　　　 | 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 |
|  |  |  |