



後期高齢者医療保険人間ドック及び脳ドック健康診査一般補助金交付請求書

被保険者番号									後期高齢医療 資格取得年月日	年 月 日
フリガナ 受診者氏名								生年月日	年 月 日	
受診者住所										
受診医療機関名								受診種別		
受診年月日								費用額	ドックの費用のみ(税込)を記入してください。(オプションは含みません) 円	
後期高齢者の 健康診査	受診しない・受診しなかった							※ 同一年度内に受けられる健康診断の助成は、人間ドック・併診ドック・後期高齢者の健康診査のうち、1つだけです。(脳ドックと健康診査は可能です)		
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。										
日立市長 殿										年 月 日
〒										
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