様式第１号

見　本

捨印

年　　月　　日

吹田市国民健康保険人間ドック助成金交付申請書兼口座振込依頼書

吹田市長　宛

次のとおり、国民健康保険人間ドック助成金の交付を申請し、交付決定額について、下記口座に振込を依頼します。
また、提供した検査結果を市が特定保健指導その他保健事業に利用することに同意します。

申請者	被保険者番号	吹　国	1	2	3	4	5	6	7	
	氏　　名	吹 田 太 郎								印
	生 年 月 日	昭和　○　○ 年　○　○ 月　○　○ 日								
	郵 便 番 号	564-8550								
	住　　所	吹田市泉町1－3－40								
	電 話 番 号	06（ 6384 ）1239								
受診年月日		令和　○　○ 年　○　○ 月　○　○ 日								
検査医療機関		市立吹田市民病院								
申　請　額 （上限26,000円）		26,000　円								

1　助成対象者、助成の対象となる人間ドック等について、かならず裏面を確認してください。

2　申請する際には、国民健康保険被保険者証を提示の上、次の書類を添付してください。
⑴ 受診費用の領収書の写し
⑵ 検査結果の写し
⑶ 吹田市国保健康診査受診票（A票）の送付を受けている方については、当該受診票

振込先	○ ○	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 （　　）	○ ○	本店・支店 （　　）						預金種別	普　通 当　座 （　　）							
口座番号 （左詰め）	1	2	3	4	5	6	7											
口座名義人 （カタカナ）	ス	イ	タ		タ	ロ	ウ											

※口座名義人はカタカナで上段より左づめで記入してください。濁点・半濁点は１字として、姓と名の間は１字あけてください。
※御利用できる金融機関は、銀行、信用金庫、信用組合、及び農業・漁業協同組合です。（ただし、ゆうちょ銀行の御利用の際、他金融機関からの振込用の、店名、預金種目、及び７ケタの口座番号を必ず御記入ください。）

委任欄	当助成金の受領については、上記振込口座名義人に委任します。 氏名　　印

※　申請者と振込口座名義人が異なる場合は、上記委任欄に御記入をお願いします。