

※記入例

松戸市人間ドック受診費助成申請書

令和 〇年 〇月 〇日

(宛先) 松戸市長

申請者 氏名 松戸 太郎

住所 松戸市 〇〇 〇〇番地の〇〇

※申請者と振込先は同一でお願い致します。電話番号 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇

松戸市人間ドック受診費の助成に関する要綱に基づき、下記により申請いたします。

対 象 者 申請者と同じ場合 氏名・受診時住所は 「同上」と記入	氏 名	松戸 太郎									
	生年月日	昭和 〇〇年 〇月 〇日 (〇〇歳)									
	受診時住所	〒〇〇〇-〇〇〇 松戸市 〇〇 〇〇番地の〇〇									
種 類	☐ 松戸市国民健康保険被保険者 ☐ 千葉県後期高齢者医療被保険者 ※受診日当日の加入保険を松戸市にて確認させていただきます。 ※該当欄にチェックをお願いします。										
必要書類	1 市指定の問診票または質問票 2 松戸市特定健康診査等受診券 または 松戸市健康診査共通受診券の原本 3 受診日、受診者氏名、医療機関名が記載されている領収書の原本 4 人間ドックの検査結果票の原本 5 振込先金融機関口座のわかる通帳等の写し ※提出された原本は、確認後、申請者に返却させていただきます。										
振 込 先	金融機関 コード	〇〇〇				支店 コード	〇〇〇				
	金融機関名	〇〇 銀行 信用金庫 J A				〇〇 本店 支店 出張所					
	口座種別	普通		口座番号		〇	〇	〇	〇	〇	〇
	フリガナ	マツド タロウ									
	口座名義人	松戸 太郎									
同意欄	※対象者の同意のうえ、申し込みをして下さい。 対象者が下記事項に同意したうえで、申し込みします。 ・他の公的な人間ドック費用助成金は、受けていません。 ・人間ドックの結果が保健指導等の保健事業に使用されることに同意します。										