

（提出先）茨木市長

茨木市国民健康保険人間ドック等助成金交付申請書兼請求書

次のとおり、人間ドック等助成事業に係る助成金の交付を必要書類を添えて申請し、及び請求します。

| | | | | | | | | | | | | | |
|-----------|-------------------|--|---|---|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 申請者 | 氏名 ※自署の場合は押印不要 | 茨木 花子 | | | 電話番号 | (072) 625 - 6685 | | | | | | | |
| | 住所 | 茨木市 春日三丁目13番5号 | | | | | | | | | | | |
| 受診者・受診内容等 | 氏名 | (申請者と同じ) | | | 被保険者証番号 | 茨国 | 9 | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 |
| | 希望する助成 | <input type="checkbox"/> 人間ドック <input type="checkbox"/> 脳ドック <input checked="" type="checkbox"/> 人間ドック及び脳ドック | | | | | | | | | | | |
| | 受診年月日 | 〔人間ドック〕 令和 7 年 4 月 1 日 | | | | 〔脳ドック〕 (申請者と同じ) 令和 年 月 日 | | | | | | | |
| | 受診医療機関等名 | 〔人間ドック〕 〇〇〇健診センター | | | | 〔脳ドック〕 (申請者と同じ) | | | | | | | |
| 請求金額 | 万 | 千 | 百 | 十 | 一 | ※人間ドック・脳ドックともに、上限2万円 （医療機関等での支払額がそれぞれ2万円を下回るときは、その支払額が上限。） | | | | | | | |
| | 3 | 8 | 0 | 0 | 0 | 円 | | | | | | | |

振込口座

| ゆうちょ銀行以外の金融機関 | | | | | | | | | | | |
|---|-------|---------------------|-------|-------|-----------------------|---|---|---|---|----------------|---|
| 金融機関名 | | 支店名 | | 分類 | 口座番号 | | | | | 口座名義※1 | |
| ▲▲▲ | 1.銀行 | 5.農協 | ●●● | 本店・支店 | （右詰め）で記入してください。） | | | | | （フリガナ）イバラキ ハナコ | |
| | 2.金庫 | 6.漁協 | | 本所・支所 | 1.普通 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3.信組 | 7.信漁連 | 出張所 | 2.当座 | | | | | | | | |
| 4.信連 | 支店コード | | 9 9 9 | | | | | | | | |
| ゆうちょ銀行の通常貯金（総合口座） | | | | | | | | | | | |
| 貯金通帳の見開き左上又はキャッシュカードに記載された記号・番号を記入してください。（※2 6桁目がある場合のみ記入してください。） | | 記号 （左詰め）でお書きください | | | 番号 （右詰め）で記入してください。 | | | | | 口座名義※1 | |
| | | 1 | 0 - | | | | | | | （フリガナ） | |

※1 受診者と、口座名義もしくは申請者またはその両方が異なる場合は、委任状の添付が必要です。

必要書類

- 受診費用の領収書（原本）
- 受診結果の写し
- 質問票の写し（脳ドックのみの助成を希望する場合は不要）
- 本人確認書類（マイナンバーカード（写しの場合は表面に限る）、茨木市国民健康保険被保険者証等。窓口持参の場合は提示、郵送の場合は写しを添付。）

| |
|----|
| 受付 |
| |

助成には要件があります。
裏面の注意事項を確認のうえ、申請及び請求してください。