別　記

第１号様式（第５条第１項）

浦安市後期高齢者医療制度人間ドック費用助成申請書

令和　　年　　月　　日

（宛先）浦安市長　　内　田　悦　嗣

申請者	フリガナ		生年月日	年　月　日
	氏　名		被保険者番号(注)	
	住所	〒　　－	電話番号	－　　－
			人間ドック実施医療機関名	
			受診日	年　月　日

(注)被保険者番号については、資格確認書、資格情報通知書、マイナポータル等で確認してください。

自己負担額（A）	助成上限額（B）	助成申請額 （A）と（B）のどちらか少ない額を記入してください。
円	２０，０００円	円

振込先	金融機関名		金融機関コード				支店名		店番号		
	口座種類		口座番号						口座名義（カタカナで記入）		
	普通・当座・貯蓄										

以下の助成要件等をご確認いただき、署名してください。

・後期高齢者医療保険料の滞納はありません。市職員が後期高齢者医療保険料の納付状況について、市が保有する情報を確認することに同意します。
・人間ドックを受診した年度の特定健康診査及び後期高齢者健康診査は受診していません(受診しません)。※助成金交付後に特定健康診査及び後期高齢者健康診査を受診した場合、受診料を返還していただきます。
・交付決定後の受診結果が後期高齢者健康診査結果として登録され、本市が行う次に掲げる事業等に利用されることに同意します。
  ⑴　後期高齢者健康診査
  ⑵　高齢者の医療の確保に関する法律第125条の２第１項に規定する保健指導
  ⑶　国民健康保険法第82条第５項の規定による高齢者の心身の特性に応じた保健事業
  ⑷　介護保険法第115条の45第１項に規定する地域支援事業

上記助成要件等について同意します。

署名（申請者）

※申請者と口座名義人が異なる場合は、以下の委任状に記入が必要です。

委任状

私は、上記口座名義人(代理人)に浦安市後期高齢者医療制度人間ドック費用助成金の受領を委任します。

署名（申請者）