

阿賀町長様

阿賀町国民健康保険人間ドック健診費用助成金交付申請書

人間ドック健診費用助成事業に係る助成金の交付について、次のとおり必要書類を添えて申請します。

フリガナ		生年月日	年 月 日
氏 名			
住 所	〒 ー 東蒲原郡阿賀町		
電 話	ー ー	健診受診日	年 月 日
申請額	金 円	※上限10,000円 ただし、健診機関等で支払った健診費用の額が10,000円を下回る時は、その支払額とする。	

振込先金融機関

金融機関名	銀 行 信 用 金 庫 信 用 組 合 労 働 金 庫 農 協		支店名	支店	
				本店	出張所
口座番号			口座名義人		預金種別
			フリガナ		1. 普通
			氏名		2. 当座
					3. 貯蓄

下記の助成要件をご確認いただき、本人確認欄に✓をいれてください。

職員 確認欄	本人 確認欄	助成要件（6つの要件、すべてに該当する方が対象です）
		1 健診を受ける日において阿賀町に住所を有する者
		2 健診を受ける日において阿賀町国民健康保険の被保険者である者
		3 阿賀町国民健康保険税を滞納していない者
		4 健診を受ける年度末時点の年齢が30歳以上75歳未満である者
		5 健診を受ける年度中に阿賀町特定健康診査を受けていない、又は受けない者
		6 健診結果により特定保健指導の対象となった場合、その指導を受ける者

【必要書類】

健診費用の領収書の写し 健診結果の写し

【注意事項】

- ・ 健診を受けた月の末日から6か月を経過する日までに申請してください。
- ・ 申請者と振込先口座名義人が異なる場合は、裏面の委任状を記載してください。
- ・ 申請の際は、裏面の質問票も記載してください。