

年 月 日

箱根町後期高齢者医療被保険者人間ドック助成金交付申請書兼請求書

箱根町長 様

申請者及び請求者
住 所 _____
氏 名 _____
電話番号 _____

次のとおり申請し、及び請求します。

被保険者番号		フリガナ					年齢
		受診者氏名					
受診場所		生年月日	年	月	日	満	歳
受診年月日	年 月 日	受診者支払額	円				
		助成金交付申請（請求）額	円				
振込先金融機関名		預金種目	口座番号				
銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 支所 出張所	1 普通預金					
		2 当座預金					
		3 その他					
		フリガナ					
		口座名義人					
（申請者以外に受領委任する場合のみ記載） 私は、次の者に助成の受領に関する一切の権限を委任します。 受任者（口座名義人） _____ 委任者（申請者） _____ 住所 _____ 氏名 _____ 氏名 _____ 氏名 _____							

同意欄

私の健診結果を町の保健事業に活用することに同意します。

同意年月日 年 月 日

(受診者)
住 所
氏 名