第１号様式（第４条関係）

年　　月　　日

箱根町国民健康保険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（世帯主）
住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

次のとおり申請し、及び請求します。

<table>
<tr><td rowspan="2">被保険者番号</td><td rowspan="2"></td><td>フリガナ</td><td></td><td rowspan="2">年齢</td></tr>
<tr><td>受診者氏名</td><td></td></tr>
<tr><td>受診場所</td><td></td><td>生年月日</td><td>年　月　日</td><td>満　歳</td></tr>
<tr><td rowspan="2">受診年月日</td><td rowspan="2">年　月　日</td><td>受診者支払額</td><td>円</td><td>世帯主
との続柄</td></tr>
<tr><td>助成金交付申請(請求)額</td><td>円</td><td></td></tr>
</table>

<table>
<tr><td colspan="2">振込先金融機関名</td><td>預金種目</td><td colspan="7">口座番号</td></tr>
<tr><td rowspan="3">銀　行
信用金庫
信用組合
農　協</td><td rowspan="3">本店
支店
支所
出張所</td><td rowspan="2">1　普通預金
2　当座預金
3　その他</td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr></tr>
<tr><td>フリガナ</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td>口座名義人</td><td colspan="7"></td></tr>
</table>

（世帯主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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

同意欄
私の健診結果を町の特定保健指導その他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