

令和 年 月 日

総 社 市 長 様

申請者（給付対象者本人）

住 所

氏 名

電話番号

人 間 ド ッ ク 費 用 給 付 申 請 書

総社市人間ドック費用給付要綱第6条の規定により受診費用の給付を受けたいので、次の書類を添えて申請します。給付に当たっては、次の口座へ振り込みください。

また、申請にあたり次の事項について同意・承認いたします。

(1) 給付要件の確認のため、私とその世帯員（主）の国民健康保険税等の滞納状況等について関係機関に照会をされること。

(2) 審査にあたり必要があるときは、検診機関へ結果等の確認をされること。

添付書類

(1) 検診機関の領収書（原本）

(2) 検査結果

(3) 受診券

（総社市国保特定健康診査受診券：国民健康保険被保険者の方）

（総社市後期高齢者健康診査受診券：後期高齢者医療保険の方）

(4) 人間ドック給付申請用質問票

口座振込先

金融機関名	銀行 金庫 農業協同組合									店 支店 出張所
	種 目	1. 普通 2. 当座	口座番号							
口座名義人	フリガナ									
	氏 名									

※提出時に通帳の支店名・口座番号・口座名義人の分かるページを提示又は写しを添付してください。