

様式第1号（第5条第1項関係）

健康診査費用助成金支給申請書

氏名			被保険者番号			
			生年月日	年	月 日	
住所						
入居する 施設の名称						
健康診査を 受けた機関	名称					
	所在地					
受診年月日	年	月	日	健康診査に 要した費用	円	
<p>上記のとおり健康診査を受診したので、健康診査費用助成金の支給を申請します。                  なお、助成金については、下記の金融口座への振替を依頼します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>千葉県後期高齢者医療広域連合 あて                  (申請者) 住 所                  氏 名                  電話番号</p>						
振込先	銀 信 協 (	用 同 組 )	行 庫 合 合 )	本店・支店	預 金 種 別	普 通 当 座  ( )
				( )		
口座番号等						
口座名義人						
(カタカナで 上段より左詰め)						

添付資料

- ・健康診査結果に係る記録の写し
- ・領収書の写し