

申請書記入例

消せるボールペンは使用しないでください。

・修正するときは、二重線を引き、訂正印を押印願います。
・修正液等は使用しないでください。

金額を記載。領収書の金額が20,000円に満たないときは領収書の金額を記入してください。

振込先の口座情報を記入してください。

ゆうちょ銀行の場合、通帳2ページ目下部に受取口座の店名・店番・預金種目・口座番号の記載があります。

別 記
第 1 号様式（第 5 条第 1 項）
浦安市国民健康保険人間ドック費用助成申請書

令和7 年 4 月 30 日

(宛先) 浦 安 市 長

申 請 者	フリガナ	ウラヤス タロウ	生年月日	昭和56年 4月 1日
	氏 名	浦 安 太 郎	被保険者 記号・番号(注)	浦ー 111111
	住所	〒 270-0300 279-8501	電話番号	047-351-1111
		浦安市猫実1-1-1 〇〇ハイツ101	人間ドック 実施医療機関名	〇〇クリニック
		受診日	令和7年 4月 5日	

(注)記号番号については、資格確認書、資格情報通知書、マイナポータル等で確認してください。

自己負担額 (A)	助成上限額 (B)	助成申請額 (A) と (B) のどちらか少ない額を記入してください。
35,000円	20,000円	20,000円

(注)助成申請額を訂正した場合、本申請は無効

振 込 先	金融機関名		金融機関コード				支店名	店番号		
	浦安銀行		9	9	9	9	浦安支店	9	9	9
	口座種類	口座番号					口座名義 (カタカナで記入)			
	普通・当座・貯蓄	1	2	3	4	5	6	7	ウラヤス タロウ	

以下の助成要件等をご確認いただき、署名してください。

- 国民健康保険税の滞納はありません。市職員が国民健康保険税の納付状況について、市が保有する情報を確認することに同意します。
- (40歳以上の方のみ)
人間ドックを受診した年度の特定健康診査及び後期高齢者健康診査は受診していません(受診しません)。
※助成金交付後に特定健康診査及び後期高齢者健康診査を受診した場合、受診料を返還していただきます。
- 交付決定後の受診結果が特定健康診査結果として登録され、特定保健指導やその他保健事業に活用されることに同意します。

上記助成要件等について同意します。

署名 (申請者) 浦安 太郎

※申請者と口座名義人が異なる場合は、以下委任状に記入が必要です。

委任状

私は、上記口座名義人(代理人)に浦安市国民健康保険人間ドック受診費用助成金の受領を委任します。

署名 (申請者)

窓口で申請する日(郵送の場合は郵送する日)を記入してください。

記号番号については、資格確認書、資格情報通知書、マイナポータル等で確認してください。
枝番は記入不要です。

「自己負担額」と「助成申請額」欄は、訂正印による訂正はできません。

※間違えた場合は、新しい申請書に書き直して提出してください。記入する金額がわからない場合はお問合せください。

口座名義人が申請者以外の場合、申請者ご本人が記入してください。