第1号様式（第６条関係）

人間

寝屋川市国民健康保険人間ドック助成金交付申請書兼請求書

受診者	記号番号	寝国		世帯主との続柄	
	氏名				
	生年月日				
検査年月日		領収書等の記載のとおり			
検査医療機関名及び医療機関所在地		領収書等の記載のとおり			
費用額		円			
添付書類		☑ 領収書　☑ 人間ドック結果表（写し）			

以下の内容を確認し、□にチェックを入れてください。

□ 私は、寝屋川市暴力団排除条例に規定する暴力団員、暴力団密接関係者ではありません。

□ 私は、当該年度に寝屋川市が実施する特定健康診査等事業を受けていません。

□ 私は、寝屋川市が実施する特定健康診査事業の調査に協力し、検査結果を利用することに同意します。

※この申請書は、寝屋川市において交付決定をした後、その日をもって助成金の請求書兼口座振込依頼書として取り扱います。

上記のとおり、人間ドック助成金の交付を申請・請求します。

令和　　年　　月　　日

（あて先）寝屋川市長

申請者	住所	〒　　－
	氏名	
	電話番号	（　　）

受取口座

□ 振込口座を指定する　（以下を記入してください）

金融機関名	支店名	貯金種目	口座番号
銀行・信金 労金・農協	本店 支店 出張所	普通・当座	

口座名義人（カタカナ）　※左詰めで、姓と名の間は１マスあけて記入してください

※口座名義については、原則申請者氏名と同一とすること。

※申請者と振込先名義人が異なる場合は、裏面の「委任状」を記入してください。

※ゆうちょ銀行の支店名は数字３ケタの【店番】になります。（通帳の１ページ目見開き部分をご確認ください）

「公金受取口座」を利用する場合は、	・寝屋川市に住民票がある方。（死亡者を除く） ・マイナンバーカードによる事前登録がお済の方。 □ 公金受取口座を利用する。申請者と同一の口座のみ

※以下は記入しないでください。

確認項目	満20歳以上の者	可 ・ 否
	年度内に１回の受診	可 ・ 否
	保険料の完納または分納誓約	可 ・ 否
	特定健診の未受診	可 ・ 否
	特定健診への提供	可 ・ 否
	暴力団関係者でない確認	可 ・ 否
	受診日（年度）の確認	可 ・ 否

受付番号	
受付担当	
入力担当	

第1号様式（第６条関係）

委　任　状

令和　　年　　月　　日

寝屋川市長　様

＜委任者（申請者）＞

住所:

氏名:（署名）

生年月日:

連絡先:

私は、下記の者を代理人と定め下記の権限を委任します。

（手続き/申請名）　国民健康保険に関する申請、請求及び受領に関する権限

＜受任者（代理人）＞

住所:

氏名:（署名）

生年月日:

連絡先: