|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 様式第１号(第５条関係)  年　　月　　日  　三木市長　様  住所　三木市  申請者  氏名  電話　(　　　　)  三木市後期高齢者医療人間ドック等受診助成金交付申請書兼同意書  　人間ドック等受診助成金の交付を受けたいので、三木市後期高齢者医療人間ドック等受診助成要綱第５条第１項の規定により申請します。   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 被保険者証番号 | | |  | | | | | | | 世帯主 | | |  | | | | | | | 利用する被保険者 | | 氏名 |  | | | 性別 | | 男・女 | | 生年月日 |  | | | 年齢 | | 満　　歳 | | 利用施設名 | □北播磨総合医療センター  　(□１泊２日人間ドック　□１日人間ドック　□脳ドック)  受診予定日(　　　　年　　月　　日) | | | | | | | | | □その他  　(□１泊２日型以上人間ドック　□１日人間ドック　□脳ドック)  　　　利用施設名(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)  　　　所在地(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)  　　　電話(　　　　―　　　―　　　　)  受診日(　　　　年　　月　　日) | | | | | | | | | 助成金振込口座等 | | 振込機関 | |  | | | 支店 | | | 口座種別 | | 普通・当座 | 口座番号 | | | | | フリガナ | |  | | | | | | 口座名義人 | |  | | | | | |

【同意欄】

　申請に際し、次のことに同意します。

１　次のいずれにも該当することを確認し、助成を受けた後にいずれかに該当していないことが分かった場合は、助成金を返還します。　　　　　　□

(1)　後期高齢者医療保険の保険料に係る滞納はありません。

(2)　人間ドック等の受診日の属する年度において、市が実施する健康診査を受診していません。

２　医療機関からの受診情報の提供又は受診結果の提出に同意します。　　□

３　本申請に係る情報を、三木市の保健事業に活用することに同意します。□