

様式第1号（第4条関係）

国民健康保険人間ドック助成金交付申請書兼受領委任状

被保険者記号・番号		
受 診 者	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
受診予定日		年 月 日
受診予定医療機関		
助成金額		11,000円

次の内容に同意した上で、上記のとおり申請します。

- (1) さいたま市国民健康保険人間ドック助成金の受領に関する一切の権限を、
受診した指定医療機関に委任すること
- (2) さいたま市国民健康保険税の賦課徴収に関する情報を確認すること
- (3) 受診結果は、特定健康診査の結果として扱い、特定保健指導等の保健事業
に活用すること
- (4) 今年度、特定健康診査を受診しないこと

年 月 日

(宛先) さいたま市長

住所

世帯主 氏名

(申請人) 電話番号 ()

	受付	申請人	身元確認	備考
事務 処理 欄		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 世帯主・世帯員 <input type="checkbox"/> 代理人（委任状）	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> その他 ()	
			<input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 受給者証 <input type="checkbox"/> 離職票 <input type="checkbox"/> 受診券・受診票 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 確認取れず ()	