

様式第5号（第17条関係）

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				
健康診査を受けた医療機関	名称			
	所在地			
受診年月日	令和 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、下記の金融機関口座への振替を依頼します。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて （申請者）住 所 氏 名 電話番号</p>				
金融機関名			支店名	
口座種別			口座番号	
口座名義(か)				

（添付書類）

- ・ 健診結果に係る記録の写し
- ・ 医療機関に支払った健康診査費用の領収書