

様式第5号（附則第4条関係）

埼玉県後期高齢者医療健康診査助成金申請書

ふりがな			
氏名	被保険者番号		
	生年月日	年 月 日	
住所			
入居している 施設の名称			
健康診査を受診 した医療機関	名称		
	所在地		
受診年月日	年 月 日		
<p>上記のとおり申請します。 下記の金融機関口座への振込を依頼します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>（提出先） 埼玉県後期高齢者医療広域連合長</p> <p style="text-align: center;">（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	
か			
口座名義人			

（添付書類）

- ・ 健診実施医療機関に支払った健診費用の領収書
- ・ 健診結果表の写し