別記様式（第5条関係）

池田町国民健康保険人間ドック費用助成申請書兼健診結果提供同意書

被保険者番号		受診者名	
医療機関名		生年月日	年　月　日
受診日	年　月　日	個人番号	
人間ドックに要した費用		円	
助成金額		円	

上記のとおり申請します。

なお、私は健診結果を池田町に提供することならびに、池田町が実施する保険事業に活用されることに同意します。

年　月　日

〒

申請者（世帯主）　住　所

個人番号

氏　名

電話番号

池田町長　様

口座振込指定場所	□マイナポータルに登録されている公金受取口座を利用する ※公金受取口座への振込を希望する場合、個人番号を基に情報照会を行うことに同意したものとみなします。 ※公金受取口座への振込を希望し、上記にチェックを入れた場合は、以下の金融機関情報について記載の必要はありませんが、記載があった場合には、以下の金融機関への振込を優先します。				
	金融機関名		口座番号	種別	フリガナ 口座名義
	銀行 金庫 農協	本店 支店		普通 ・ 当座	

国保資格	有・無	年齢要件	適・否	特定検診	未受診・受診
国民健康保険税	完納・未納				