

第1号様式（第4条関係）

（表面）

岐阜県後期高齢者医療広域連合ぎふ・すこやか健康診査に係る
自己負担額助成金交付申請書

被 保 険 者	保険者番号							
	被保険者番号							
	フリガナ							
	氏名							
	住所	〒 ー						
	生年月日	年 月 日						
健診を受けた保険医療機関等		名称						
		所在地						
健診を受けた日		年 月 日						
健診に対し支払った自己負担額 (いずれかの番号に○を付けてください。)		1 個別健康診査		500円				
		2 集団健康診査		420円				
口 座 振 込 先	金融機関	銀行・信用金庫 農協・信用組合			店			
	口座種別	普通・当座	口座番号					
	フリガナ							
	口座名義人							
<p>（申請者と口座名義人が違う場合） 上記名義人の口座への振り込みを承諾します。 申請者 氏名</p> <p>岐阜県後期高齢者医療広域連合長</p> <p>上記のとおり、ぎふ・すこやか健康診査に係る自己負担額の助成を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 申請者 氏名 連絡先電話番号（ ー ー ）</p>								

市町村確認欄	
被保険者証	
免除証明書又は 免除決定通知書	

広域連合受付印	市町村受付印

(裏面)

(助成を申請する理由)

東日本大震災等により、後期高齢者医療の被保険者が以下の事由のいずれかに該当したため。(申請者において該当する番号を○で囲んでください。)

- 1 帰還困難区域の対象地域であるため避難又は退避を行っている。
- 2 旧避難指示区域等であるため避難又は退避を行っている。

※下記については、東日本大震災等後期高齢者医療一部負担金等免除証明書又は後期高齢者医療保険料減免決定通知書のいずれの交付も受けていない方で、別紙に掲げる証明書類の添付ができない方のみ記入してください。

証明書類が添付 できない理由	
岐阜県後期高齢者医療広域連合長 上記申請者の申立てが正しいことを証明します。 年 月 日 住所 (居住地) 氏名 申請者との関係	

別紙

申請する際、被保険者証及び一部負担金等免除証明書又は保険料減免決定通知書を提示するとともに、ぎふ・すこやか健康診査に係る自己負担額の領収書の写しを添付してください。

東日本大震災等後期高齢者医療一部負担金等免除証明書又は後期高齢者医療保険料減免決定通知書のいずれの交付も受けていない場合は、次の書類を添付してください。

- 1 帰還困難区域等及び旧避難指示区域等の地域に住所を有していたことが確認できるもの（岐阜県後期高齢者医療広域連合において対象地域に住所を有していたことが確認できる場合は書類の添付を要しない。）