

新旧対照表

浦安市国民健康保険脳ドック費用の助成に関する規則（令和2年規則第10号）の一部改正

(下線の部分が改正部分)

改 正 後	改 正 前																																																																		
<p>第1号様式（第5条第1項）</p> <p style="text-align: center;">浦安市国民健康保険脳ドック費用助成申請書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>(宛先)浦安市長</p> <p style="text-align: center;">申請者 住所 氏名 電話番号</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="3" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">受診者</td> <td style="text-align: center;">記号番号 (※)</td> <td style="text-align: center;">浦一</td> <td style="text-align: center;">生年月日</td> <td style="text-align: center;">年 月 日</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">フリガナ 氏名</td> <td style="text-align: center;">受診日</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">実施機関名</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;">年 月 日</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">自己負担額(A)</td> <td style="text-align: center;">助成上限額(B)</td> <td style="text-align: center;">助成申請額 (A)と(B)のどちらか少ない額を 記入してください。</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">円</td> <td style="text-align: center;">15,000円</td> <td style="text-align: center;">円</td> </tr> </table> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="3" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">振込先</td> <td style="text-align: center;">金融機関名</td> <td style="text-align: center;">金融機関コード</td> <td style="text-align: center;">支店名</td> <td style="text-align: center;">店番号</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">口座種類</td> <td style="text-align: center;">口座番号</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">口座名義(カタカナで記入)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">普通・当座・貯蓄</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>※ 記号番号については、資格確認書、資格情報通知書、マイナポータル等で確認してください。</p>	受診者	記号番号 (※)	浦一	生年月日	年 月 日	フリガナ 氏名	受診日	実施機関名				年 月 日			自己負担額(A)	助成上限額(B)	助成申請額 (A)と(B)のどちらか少ない額を 記入してください。	円	15,000円	円	振込先	金融機関名	金融機関コード	支店名	店番号	口座種類	口座番号	口座名義(カタカナで記入)		普通・当座・貯蓄				<p>第1号様式（第5条第1項）</p> <p style="text-align: center;">浦安市国民健康保険脳ドック費用助成申請書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>(宛先)浦安市長</p> <p style="text-align: center;">申請者 住所 氏名 電話番号</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="3" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">受診者</td> <td style="text-align: center;">被保険者証 記号・番号</td> <td style="text-align: center;">浦一</td> <td style="text-align: center;">生年月日</td> <td style="text-align: center;">年 月 日</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">フリガナ 氏名</td> <td style="text-align: center;">受診日</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">実施機関名</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;">年 月 日</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">自己負担額(A)</td> <td style="text-align: center;">助成上限額(B)</td> <td style="text-align: center;">助成申請額 (A)と(B)のどちらか少ない額を 記入してください。</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">円</td> <td style="text-align: center;">15,000円</td> <td style="text-align: center;">円</td> </tr> </table> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="3" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">振込先</td> <td style="text-align: center;">金融機関名</td> <td style="text-align: center;">金融機関コード</td> <td style="text-align: center;">支店名</td> <td style="text-align: center;">店番号</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">口座種類</td> <td style="text-align: center;">口座番号</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">口座名義(カタカナで記入)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">普通・当座・貯蓄</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	受診者	被保険者証 記号・番号	浦一	生年月日	年 月 日	フリガナ 氏名	受診日	実施機関名				年 月 日			自己負担額(A)	助成上限額(B)	助成申請額 (A)と(B)のどちらか少ない額を 記入してください。	円	15,000円	円	振込先	金融機関名	金融機関コード	支店名	店番号	口座種類	口座番号	口座名義(カタカナで記入)		普通・当座・貯蓄			
受診者		記号番号 (※)	浦一	生年月日	年 月 日																																																														
		フリガナ 氏名	受診日	実施機関名																																																															
			年 月 日																																																																
自己負担額(A)	助成上限額(B)	助成申請額 (A)と(B)のどちらか少ない額を 記入してください。																																																																	
円	15,000円	円																																																																	
振込先	金融機関名	金融機関コード	支店名	店番号																																																															
	口座種類	口座番号	口座名義(カタカナで記入)																																																																
	普通・当座・貯蓄																																																																		
受診者	被保険者証 記号・番号	浦一	生年月日	年 月 日																																																															
	フリガナ 氏名	受診日	実施機関名																																																																
			年 月 日																																																																
自己負担額(A)	助成上限額(B)	助成申請額 (A)と(B)のどちらか少ない額を 記入してください。																																																																	
円	15,000円	円																																																																	
振込先	金融機関名	金融機関コード	支店名	店番号																																																															
	口座種類	口座番号	口座名義(カタカナで記入)																																																																
	普通・当座・貯蓄																																																																		

(下線の部分が改正部分)

改 正 後

改 正 前

附 則

この規則は、令和6年12月2日から施行する。