

養父市国民健康保険人間ドック助成金交付申請書兼請求書

養父市長 様

年度人間ドック費用助成金について、養父市国民健康保険人間ドック助成金交付要綱第4条の規定により下記のとおり助成要件を確認のうえ申請及び請求します。

助成要件 確認欄	以下の内容を確認し、□にチェックを入れてください。 □ 当該年度に市が助成する特定健康診査及びがん検診を重ねて受診していないこと。 □ 特定健康診査及びがん検診受診状況を調査・閲覧されることに同意いただけること。
-------------	--

助成金	円		
受診医療機関			
受診日			
胃がん検診 (いずれかに○)	胃カメラ	胃透視検査	なし
低線量CT検診(八鹿病院)の受診 (いずれかに○) ※受診ありの場合、助成金額から 2,000円を差し引いた額を助成。	受診あり	受診なし	

〒

年 月 日 申請者 住所 \_\_\_\_\_  
 (同意) 氏名 \_\_\_\_\_ (署名又は記名押印)  
 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日 ( 歳 )  
 被保険者番号 \_\_\_\_\_

助成金振込先

口座名義人 (申請者)	フリガナ		
	氏名		
	連絡先電話番号		
金融機関名	銀行	本店	
	信用金庫	支店	
	農業協同組合	支所	
口座種類	普通 当座	口座番号	

添付書類

- (1) 質問票(様式第2号)
- (2) 健康診断結果の写し
- (3) 領収書の写し

※以下の欄は記入しないでください。

市役所記入欄		
債権者番号		第1 第2