

様式第1号(第4条関係)

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

令和 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申請及び請求します。

なお、私は他の集団健康診断及び医療機関にて市が助成する特定健康診査、がん検診を重ねて受けません。

また、特定健康診査及びがん検診の受診状況を調査・閲覧されることに同意します。

助成金	円		
受診医療機関			
胃がん検診 (いずれかに○)	胃カメラ	胃透視検査	なし
受診日			

〒

令和 年 月 日 申請者 住所 \_\_\_\_\_  
(同意) 氏名 \_\_\_\_\_ ㊞  
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