

様式第1号(第5条関係)

国民健康保険人間ドック・脳ドック検査料補助金交付申請書

年 月 日

ふじみ野市長 宛て

申請者 住 所
 (受検者) 氏 名 ㊟
 ※自署の場合は、押印不要です。
 電話番号 ()

下記のとおり検査料補助金の交付を受けたいので、ふじみ野市国民健康保険人間ドック等検査料補助金交付要綱第5条の規定により、申請します。

記

被保険者番号		記号 36 番号		
受検者	住 所			
	フリガナ		生年月日 (昭和・平成)	年 月 日生
	氏 名			
受 検 予 定 日	年 月 日	種別	人間ドック・脳ドック	
医 療 機 関 名				

備 考

- 1 同じ年度に特定健康診査を受診するときは、人間ドックについては、検査料の補助を行いません。
- 2 申請には国民健康保険税の納期到来分が完納されていることが必要です。

《 同 意 》

検査結果を報告し、保健指導に活用することに同意します。

氏名 ㊟
 ※自署の場合は、押印不要です。

受付番号	
特定健診受診券回収	
納付状況確認	
書類渡し済	