

県内医療機関人間ドック検査等助成金申請書

令和 年 月 日

珠洲市長

住所

申請者 氏名

電話番号

国民健康保険税の納付状況を確認すること並びに検査結果を特定健康診査及び特定保健指導に利用することに同意し、下記のとおり申請します。

被保険者証 記号番号		珠	世帯主氏名			
受 検 者	氏 名					
	住 所					
	生年月日	年	月	日	性別	男 ・ 女
医療機関の 住所・名称						
検査の種類		人間ドック ・ 脳ドック ・ 人間・脳併用ドック				
検査日・コース		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日帰り ・ 1泊2日 ・ その他（ ）				
検査料金		円				
振 込 先	金融 機 関 名	銀 行 金 庫 農 協 信 漁 連 ( )		支店・本店 ( )	預金種別 ( )	普 通 座 ( )
	口座番号	口座名義人 (カタカナ)				

※ 市記入欄

添付書類	審査欄	支出決定額	担当
<input type="checkbox"/> 領収書	国保資格 有 ・ 無	円	
<input type="checkbox"/> 結果報告書	国保税納付状況 完納 ・ 未納		
<input type="checkbox"/> 特定健診受診券	特定健診受診 無 ・ 有		
<input type="checkbox"/> 質問票			