

門真市国民健康保険人間ドック検診助成金交付申請同意書

私は、門真市国民健康保険人間ドック検診助成金の交付申請を行うにあたり、助成金の交付条件の1つである、国民健康保険料の過年度保険料を完納している又は納付誓約を履行していることに関する情報を、同助成金を担当する職員が閲覧することを同意します。

また、門真市国民健康保険人間ドック検診助成金の交付を受け人間ドックを受診した後、その年度内において、門真市国民健康保険の特定健診を受診した場合は、特定健診にかかる受診費用は実費負担となることを了承します。

令和 年 月 日

申請者（世帯主又は世帯主と同居する家族）

住所 _____

氏名 _____