

様式第6号（第12条関係）

門真市国民健康保険人間ドック検診助成金交付申請書

年 月 日

門真市長 様

申請者 住所 門真市

(世帯主) 氏名

電話

門真市国民健康保険人間ドック検診事業実施要綱第12条第1項の規定により、助成金の交付を申請します。

				受付番号	
受診者	被保険者番号	門国 ー	氏名		
	生年月日	年 月 日	世帯主との続柄		
受診医療機関の名称			受診年月日	年 月 日	

振込先金融機関			預金種別	口座名義人
銀行		支店	普通	フリガナ
農協				
信用金庫			当座	口座番号
金融機関コード	支店コード			

【添付書類】 事前承認通知書 特定健診受診券 領収書 検診結果

【確認事項】

- 受診時に国保の資格があり、かつ、年齢が満30歳以上であること。
- 別表第2の検診項目をおおむね満たしていること。
- 特定健康診査を受けていないこと（年度内にどちらか一方のみ受診可）。
- 本事業の助成は、年度内に1回のみ申請可能であること。
- 過年度保険料を完納し、又は納付誓約を履行していること。

検診結果について、特定健診、特定保健指導その他本市が実施する保健事業へ利用することについて同意します。

氏名