

様式第1号(第5条関係)

大町町国民健康保険人間ドック検査費助成事業交付申請書

年 月 日

大町町長 様

申請者住所

氏名

印

電話番号

大町町国民健康保険人間ドック検査費助成事業に係る助成金の交付を受けたいので、大町町国民健康保険人間ドック検査費助成事業実施要綱第5条の規定により下記のとおり申請します。

なお、申請にあたり次のことに同意します。

- 1 受診結果を、特定保健康診査及び特定保健指導に利用すること。
- 2 特定保健指導の対象となった場合は、特定保健指導を受けること。

記

被保険者証記号番号			
住 所	大町町大字 大町・福母		
ふ り が な		性 別	男・女
受 診 者 氏 名			
生 年 月 日	年 月 日生	年 齢	歳
個 人 番 号			
検 査 予 定 日	年 月 日		
医 療 機 関 等 名			

※役場確認欄

被保険者確認	保 険 税 納付状況	特定健診等（基本健診） 受診の有無	確認者氏名
被保険者証・端末	完納・未納	有 ・ 無	