

別記様式（第5条関係）

関市国民健康保険健診料助成申請書

年 月 日

関市長 様

住 所 _____

申請者（世帯主） _____ 印

電話番号（ ） _____

FAX番号（ ） _____

関市国民健康保険健診料助成要綱第5条の規定により健診料の助成を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。なお、関市が実施する保健事業において、健診結果が活用されることに同意します。

健康診断の種類	<input type="checkbox"/> 人間ドック <input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/> 人間ドック及び脳ドック		
被保険者証記号番号			
受診者氏名			
生 年 月 日	年	月	日（年度末年齢 歳）
健康診断に要した費用	円		
健康診断の受診日	年	月	日
振 込 先	金融機関名	銀行 金庫 組合 農協 本店 支店 出張所	
	預貯金種別	普通・当座	口座番号
	フリガナ		
	口座名義人		

（関係書類） 健診料の領収書及び健診結果

※チェック欄 受付者（ ） 資格確認 収納確認