

年 月 日

関市長 様

住 所 \_\_\_\_\_

申請者（世帯主） \_\_\_\_\_

電話番号（ ） \_\_\_\_\_

FAX番号（ ） \_\_\_\_\_

関市国民健康保険健診料助成申請書

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。また、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。なお、申請にあたり市が同要綱に定める事業の対象者であることを確認するために、関市の国民健康保険税の納付状況について照合を行うことに同意します。

区 分	<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			
被保険者記号・番号				
受診者氏名				
生 年 月 日	年 月 日（年度末年齢 歳）			
人間ドック等に要した費用	円			
人間ドック等の受診日	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