

第1号様式（第5条関係）

富士宮市国民健康保険人間ドック等助成金交付申請書

令和 年 月 日

富士宮市長 宛

住 所 富士宮市
申請者 氏 名

富士宮市国民健康保険人間ドック等助成金交付要綱第5条の規定に基づき、人間ドック等助成金の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

受付番号			
受診者氏名	生年月日	昭和 平成 年 月 日	
住 所	〒 富士宮市	電話番号 (携帯可)	昼間連絡が取れる番号をお願いします
被保険者証記号番号			
資格取得年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	世帯主氏名	
受診区分	人間ドック ・ 脳ドック ・ 40歳未満健診		
検査機関名	受診予定年月日	令和 年 月 日	

処理欄	国保税完納	重複申請無(口頭)	人間ドック 40歳未満 (S60.4.1以後生まれ)	脳ドック 特定健診受診券回収	40歳未満 40歳未満 (S60.4.1以後生まれ)	受診券交付時確認	国保税完納	重複申請無(リスト)	人間ドック 40歳未満 (S60.4.1以後生まれ)	脳ドック 特定健診受診券回収	40歳未満 40歳未満 (S60.4.1以後生まれ)	国保税完納	重複申請無(リスト)	人間ドック 40歳未満 (S60.4.1以後生まれ)	脳ドック 特定健診受診券回収	40歳未満 40歳未満 (S60.4.1以後生まれ)	受診券交付時確認	国保税完納	重複申請無(リスト)	人間ドック 40歳未満 (S60.4.1以後生まれ)	脳ドック 特定健診受診券回収	40歳未満 40歳未満 (S60.4.1以後生まれ)
	受診者																					

決裁欄	課長	係長	係
受診券を交付してよろしいか	決裁		