

様式第 1 号（第 4 条関係）

国民健康保険人間ドック検診費助成金申請書

令和 年 月 日

甲賀市長 あて

〒

申請者 住 所 甲賀市  
(世帯主)

氏 名 印

甲賀市人間ドック検診費助成金交付要綱の規定による助成金の助成を受けたいので、次に掲げる承諾事項に承諾し、下記のとおり申請します。

(承諾事項)

- 1 受診結果を市へ提供すること。
- 2 受診結果を市が実施する保健事業に利用すること。

|                                              |           |                        |     |   |
|----------------------------------------------|-----------|------------------------|-----|---|
| 被 保 険 者 証 記 号 番 号                            |           | 滋甲                     |     |   |
| 検 査 を 受 け<br>よ う と す る<br>被 保 険 者 の<br>氏 名 等 | 被 保 険 者 名 |                        |     |   |
|                                              | 生 年 月 日   | 年 月 日                  |     |   |
|                                              | 性 別       | 男 ・ 女                  | 年 齢 | 歳 |
| 検 査 を 受 け よ う と す る<br>医 療 機 関 等 の 名 称       |           |                        |     |   |
| 検 診 予 定 期 間                                  |           | 年 月 日から<br>年 月 日まで 日 間 |     |   |
| 脳 ド ッ ク の 有 無                                |           | 有 ・ 無                  |     |   |
| 備 考                                          |           | ※ 受 付 番 号              |     |   |