

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

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		
検査を受けようとする被保険者の氏名等	被保険者名			
	生年月日	昭和	年	月 日
	性別	男 ・ 女	年齢	歳
検査を受けようとする医療機関等の名称				
検診予定期間		令和 年 月 日から	日間	
		令和 年 月 日まで		
脳ドックの有無		有 ・ 無		
備考		※ 受付番号		

※裏面の同意書もご記入ください。

様式第2号(第4条関係)

## 国民健康保険税納付状況調査同意書

令和 年 月 日

甲賀市長 あて

世帯主の住所 甲賀市

世帯主の氏名

電話番号

私は、甲賀市人間ドック検診費助成金交付事業に関し、甲賀市人間ドック検診費助成金交付要綱第4条の規定により国民健康保険税の納付状況について確認調査されることに同意します。

確認日	確認者