

# 国民健康保険総合健康診断助成申請書

受付No.		健診の種類	<input type="checkbox"/> 人間ドック <input type="checkbox"/> 脳ドック	被保険者証 記号・番号	五泉
フリガナ				昭和	年 月 日
受診者 氏名			生年月日	(受診時の年齢 歳)	
受診 健診機関			受診 予定日	年 月 日	
上記のとおり申請します。					
		郵便番号 (      -      )			
年 月 日		申請者 住 所 _____			
		氏 名 _____			
		電話番号 _____			
五泉市長		様			

※助成額を後日口座振込の場合

金融機関名	銀行・農協 組合・金庫	本店	支店
口座種別	普通 ・ 当座	口座 名義人	(フリガナ)
口座番号			

住民コード					
審査事項	年 齢	保険税 未納	有 無	特定健診	受 診 無受診
審査結果	可・否 (否の理由)		ドック 受診日	年 月 日	
決 裁	課長	補佐	係長	係	係 員