

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 <input type="checkbox"/> がんドック	被保険者証記号・番号	五泉
フリガナ 受診者氏名			生年月日	昭和 年 月 日 (受診時の年齢 歳)	
受診健診機関			受診予定日	令和 年 月 日	
上記のとおり申請します。					
令和 年 月 日			郵便番号 (-)		
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	令和 年 月 日	
決 裁	課長	補佐	係長	係 員	