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	□人間ドック □脳ドック □がんドック	被保険者証記号・番号	五泉

フリガナ		生年月日	昭和　年　月　日 （受診時の年齢　歳）
受診者氏名			
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。

郵便番号（　－　）

令和　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			

宛名番号						
審査事項	年度末年齢		保険税未納	有 無	□特定健診 □がん検診	受診 無受診
審査結果	可・否（否の理由　）			特定健診受診予定日	※脳・がんドックの場合のみ確認 令和　年　月　日	

決裁	課長	補佐	係長	係	係員