

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 記号・番号	五泉
フリガナ 受 診 者 氏 名		生年月日	昭和・平成 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。 郵便番号 (-) 令和 年 月 日 申請者 住 所 _____ 氏 名 _____ 電話番号 _____ ※国保・健診業務に使用されます。 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				

【市処理欄】

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・がんだんドックの場合のみ確認 令和 年 月 日	