

受付印

大垣市国民健康保険健康診査事業補助金交付申請書

助 成 金 額		円	
被保険者 記号・番号		受診者氏名	
		生年月日	昭・平 年 月 日
健康診査に要した費用		円	
健康診査を受けた医療機関の名称、 所在地及び受診日		名 称	
		所在地	
		受診日	令和 年 月 日
<p>上記のとおり健康診査を受けたので、大垣市国民健康保険健康診査事業補助金交付要綱の規定により健診料の助成を申請します。また、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）に規定する特定健康診査及び特定保健指導、その他各種保健事業に当該健診の結果データを利用することに同意します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">〒 ー</p> <p style="text-align: right;">住 所</p> <p style="text-align: right;">申請者 氏 名 ㊦</p> <p style="text-align: right;">電話番号() ー</p> <p>大 垣 市 長 様</p>			
振込先 金融機関名	銀行 信用金庫 農協	店番・口座種別	普通・当座
		口座番号	
		ふりがな 口座名義人	

※領収書を添付してください。

※健診の結果データはこの要綱の規定による補助金の交付事務、特定健康診査及び特定保健指導、その他各種保健事業以外には使用しません。

※毎月10日までに申請された場合は、当月末に支払います(11日～末日に申請された場合は翌月末)。振込のお知らせは郵送いたしませんので、通帳等でご確認ください。

加入資格状況	適 ・ 否	納付状況	適 ・ 否	検査項目	適 ・ 否
--------	-------	------	-------	------	-------

