

様式第1号(第5条関係)

鴻巣市国民健康保険簡易1日人間ドック受診兼助成金申請書

令和 年 月 日

(宛先)鴻巣市長

〒
住 所 鴻巣市
申請者 氏 名
(受診者) 電話番号

次のとおり、簡易1日人間ドックの受診及び受診に係る助成金を申請します。
助成の審査に当たり、市が納税関係台帳等必要な書類の確認をすることに同意します。また、必要に応じて、受診結果を市が実施する保健指導等に利用することに同意します。

被保険者証	記号	このす	番号	(枝番)
受診者	氏名			
	生年月日	年	月	日 年齢 (受診日時点) 歳
受診希望医療機関				
受診予定年月日	令和 年 月 日			

※職員記入欄

宛名番号： _____

収納確認： 未納なし 未納あり

備考(_____)