

様式第3号（第10条関係）

鴻巣市国民健康保険一般人間ドック受診料助成申請書

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

一般人間ドックを受診しましたので、鴻巣市国民健康保険人間ドック受診料助成要綱第10条の規定に基づき、次のとおり申請します。
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 年 月 日	令和 年 月 日				
受 診 者	氏 名				
	生年月日	年 月 日	年齢	(受診日時点) 歳	
受 診 医 療 機 関					

振込口座

金融機関			本・支店名	店
口座種別	普通	口座番号	フリガナ	
	当座		口座名義	

※職員記入欄

宛名番号： _____

添付書類： 受診結果の写し 受診に係る領収書の写し

収納確認： 未納なし 未納あり

備考 (_____)

費用 _____ ×0.7= _____ 助成 _____ 円

(100円未満切捨て上限27,000円)

