

第1号様式（第8条関係）

蒲郡市国民健康保険人間ドック検査費用助成申請書

年 月 日

蒲 郡 市 長 様

申 請 者 住 所 蒲郡市

(受診希望者) 氏 名 ㊟

電 話

蒲郡市国民健康保険人間ドック検査費用の助成に関する規則に基づく助成を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

受診希望者	フリガナ								
	氏名・性別	(男・女)							
	生年月日・年齢	年 月 日 (歳)							
世帯主の氏名・続柄		(世帯主との続柄)							
被保険者証記号番号		—							
蒲郡市民病院 診察券番号									
年度末時点で40、45、 50及び55歳の者		節目年齢追加助成を、 希望する ・ 希望しない							
振込口座は、節目年齢追加助成を希望した方のみご記入ください。									
振込口座		種目 口座番号							
信用金庫 銀行 農協 店		普通 当座 ()							
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> </tr> </table>									
口座名義人 (フリガナ)									

同 意 書

① 受診希望者が助成対象者であることを確認するために必要があるときは、私及び私の世帯に属する被保険者全員の国民健康保険税その他の市税の納付状況について、確認事務を行うことに同意します。

世帯主 氏名 ㊟

(節目年齢追加助成を希望した方のみ以下の②、③に同意します。)

② 受診希望者が特定保健指導に該当する場合は、特定保健指導を受けます。

③ 受診希望者が特定保健指導に該当しない場合は、結果説明会に参加します。

受診希望者 氏名 ㊟