

行田市人間ドック等助成金交付申請書

年 月 日

行田市長

申請者（受検者） 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

次のとおり人間ドック等を受検しましたので、行田市国民健康保険人間ドック等検査料助成要綱第6条第2項の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。

また、特定健康診査及び保健事業の実施のために、当該検診結果を行田市に提供します。

被保険者証記号番号	行田
医療機関所在地	
医療機関名称	
受検年月日	年 月 日
ドックの種別	人間ドック ・ 脳ドック ・ 併診ドック
検査料金（消費税込）	円
請求金額	円

振込先口座

金融機関名		支店名		普通・当座
フリガナ		口座番号		
名義人				

\*以下の欄の記入は不要です。

要 件 審 査		
要 件	適 ・ 否	備 考
被 保 険 者 資 格	有 ・ 無	
年 齢	適 ・ 否	
国 民 健 康 保 険 税	完 納 ・ 未 納	
特 定 健 診 受 診	未 済 ・ 済	
審査の結果、助成要件に(適合している・適合していない)ので(承認・不承認)と決定したい。		
		担当者