

国民健康保険
人間ドック助成金交付申請書

| | | | |
|-------------|---------|-------|----------------|
| 受 診 者 | 被保険者証番号 | | |
| | ふりがな | | 性別 |
| | 氏名 | | 男・女 |
| | 生年月日 | 年 月 日 | 年齢(受診日現在) 歳 |
| | 住所 | 朝来市 | |
| | 電話番号 | | |
| 受診健診機関 | | | |
| 受診日 | | | |

上記のとおり人間ドック助成金の交付を申請します。

また、同一年度内に朝来市が実施する特定健診に係る補助を受けていることが判明した場合は、当該補助に係る費用を返還することを誓約します。

年 月 日

朝来市長 様

住所
申請者
氏名