

様式第 1 号(第 5 条関係)

太良町国民健康保険人間ドック等検査費助成事業交付申請書

年 月 日

太良町長

様

申請者住所

氏名

電話番号

太良町国民健康保険人間ドック等検査費助成事業に係る助成金の交付を受けたいので、太良町国民健康保険人間ドック等検査費助成事業実施要綱第 5 条の規定により下記のとおり申請します。

なお、申請にあたり次のことに同意します。

- 1 受診結果を、特定保健康診査及び特定保健指導に利用すること。
- 2 特定保健指導の対象となった場合は、特定保健指導を受けること。

記

被 保 険 者 番 号			
住 所	太良町大字		
ふ り が な		性 別	男 ・ 女
受 診 者 氏 名			
生 年 月 日	年 月 日生	年 齢	歳
医 療 機 関 等 名			
検 査 予 定 日	年 月 日		
検 査 種 別			

※役場確認欄

被保険者 資格確認	保 険 税 納付状況	特定健診等（基本健診） 受診の有無	確認者氏名
有 ・ 無	完納・未納	有 ・ 無	