

2024 年度(令和 6 年度)福山市国民健康保険人間ドック補助金交付事業参加届出書

年 月 日

一般社団法人
府中地区医師会 様

健診機関名 _____
住 所 _____
電 話 番 号 _____
代 表 者 名 _____

福山市国民健康保険人間ドック補助金交付事業の参加について次のとおり届け出ます。(どちらかに○をお願いします)。

参加する	参加しない
------	-------

※参加するに○をしていただいた場合、以下の回答もお願いします。

- 1 届出内容は、「健診機関一覧表」等の掲載の参考にさせていただきます。
掲載する健診機関名、住所、電話番号を御記入ください。
紙面の都合上、医療法人○○会等は省略してください。

健診機関名	
住所	
電話番号	

- 2 「健診機関一覧表」へ胃の検査方法について掲載したいと思います。
貴施設で可能な検査方法について「○」を御記入ください。
曜日指定ありの場合は () 内にも記入をお願いします。
例 (胃X線のみ, 土曜のみ胃カメラ選択可 など)

胃X線, 胃カメラ選択可能	
胃X線のみ (胃カメラは不可)	
胃カメラのみ (胃X線は不可)	
曜日指定あり ()	

- 3 補助金は口座振込になります。「今回新たに本事業に参加する健診機関」及び「登録口座の変更を希望する健診機関」は、次に振込先口座を御記入ください。
(どちらかに☑をしてください)

新たに事業参加する 又は 登録口座の変更を希望する (下に口座を記入)
登録口座の変更は不要 (口座の記入は不要です)

金融機関	金融機関名	預金種目	1 普通/総合	口座番号(右づめで記入)			
	店舗名(支店名)		2 当座				
			4 貯蓄				
			9 その他				
口座名義人							