2020年度(令和２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

深 安 地 区 医 師 会
会長　世良　一穂　様

健診機関名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
電話番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
代表者名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

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　補助金は口座へ振込します。振込先口座を御記入ください。

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