

福山市国民健康保険 脳ドック 助成申請書

見出しのことについて、健診を希望しますので、次のとおり助成申請をします。

福 山 市 長 様

申請年月日	年 月 日	
被保険者証の番号	フリガナ	
	世帯主名前	
住 所	〒 ー	
	福山市 町 丁目 番地 号 (TEL ー)	
健診受診者 (申請者) ・国民健康保険の被保険者に限ります。 ・申請時満40歳以上	フリガナ	
	名 前	
	生年月日	年 月 日
	フリガナ	
	名 前	
	生年月日	年 月 日
フリガナ		
名 前		
生年月日	年 月 日	

なお、健診に際しては、次のことを遵守します。

- ・健診機関の指示に従うこと。
- ・健診費用の全額を健診機関に支払うこと。
- ・健診後、その成績表に基づき、積極的に自ら健康管理に努めること。

※太枠の内のみ記入してください。

※ペースメーカーを使用されている方は、健診できません。

保険年金課 受付	支所等 受付

受付 確認欄		保険年金課 確認欄		確認者
国保資格	有 無	有 無		
保険税(滞)	無 有	無 有		
年齢(40歳)	以上 未満	以上 未満		
人間ドックの説明/助成	済 未	無 有		
当該年度の助成	受付確認者	無 有		
判 定		可 否		