2025年度(令和7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

松永沼隈地区医師会長　　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を予定しています。

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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |