

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  
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、「医療法人〇〇会」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	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								