

# 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 ( 歳)
	フリガナ	
	名 前	
	生年月日	年 月 日 ( 歳)
	フリガナ	
	名 前	
	生年月日	年 月 日 ( 歳)

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。

※保険証利用登録済のマイナンバーカードをお持ちの場合、マイナポータル  
のアプリ又はウェブサイトから被保険者番号を確認することができます。

※ペースメーカーを使用されている方は、健診できません。

保険年金課受付印	支所受付印	受付 確認欄		保険年金課 確認欄	
		国保資格	有 無	有 無	確認者
		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			