

福山市国民健康保険 健康増進施設利用 助成申請書

見出しのことについて、施設利用を希望しますので、次のとおり助成申請します。

なお、市助成額（1回300円）については、その利用施設長に助成金の受領を委任します。

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 丁目 番 号 福山市 町 番地 (TEL ー)			
施設利用者 (申請者)	フリガナ		フリガナ	
	名 前		名 前	
	生年月日	年 月 日(歳)	生年月日	年 月 日(歳)
	フリガナ		フリガナ	
	名 前		名 前	
	生年月日	年 月 日(歳)	生年月日	年 月 日(歳)
	フリガナ		フリガナ	
	名 前		名 前	
生年月日	年 月 日(歳)	生年月日	年 月 日(歳)	

なお、施設利用に当たり、次のことを遵守します。

- ・利用施設長の指示に従うこと。
- ・利用に際し自己負担額（利用料金から市助成額300円の差引額）を利用施設に支払うこと。

※太枠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。

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（20歳）	以上	未満	以上	未満	
		当該年度の施設利用	受付確認者		無	有	
		判 定			可	否	