

福山市後期高齢者医療 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

年 月 日

被 保 険 者 番 号										保険年金課 受付印
フ リ ガ ナ										
健 診 者 名										
生 年 月 日	年 月 日 (歳)									
住 所	〒 ー 福山市 町 丁目 番 号 番地									
電 話 番 号	ー ー									

なお、健診に際しては、次のことを遵守します。

- ・ 健診医療機関の指示に従うこと。
- ・ 健診費用の全額を健診医療機関に支払うこと。
- ・ 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。

受付 確認欄		保険年金課確認欄		確認者
資格の有無	有 無	有 無		
当年度の助成	受付確認者	無 有		
判 定		可 否		

支所受付印