

福保年 第 号の

福山市国民健康保険 人間ドック補助金交付決定書

〇〇〇〇年(令和〇年)〇〇月〇〇日付け補助申請は適当と認め、その健診の補助金交付を決定します。

健診に当たりこの**決定書**と**被保険者証**又は**マイナンバーカード(保険証利用登録者)**もしくは**資格確認書**及び**特定健康診査受診券**を健診機関に提出し、その指示に従ってください。

〇〇〇〇年(令和〇年)〇〇月〇〇日

福山市国民健康保険被保険者

〇〇 〇〇 様

補助額 : 25,000円(人間ドックの費用(特定健康診査の詳細項目(眼底検

**受領委任状に署名がないものは補助金の請求が
できません。
人間ドック受診時に必ず確認をしてください。**

この決定書の有効期限は、20〇〇年(令和〇年)2月

※この決定書は健診の際、提出してください。また、これは本人しか使用できません。

受領委任状

上記のとおり福山市国民健康保険人間ドック補助金交付決定書に基づき、健診に際して交付される補助金の受領を健診機関に委任します。

人間ドック
受診日を記入

受任健診機関

〇〇〇〇年〇〇月〇〇日

〇〇病院 様

人間ドックを受診する
医療機関名を記入

委任者住所

福山市 〇〇町〇丁目〇〇番〇〇号

人間ドック受診
者の住所、名
前、電話番号を
記入

〇〇マンション 〇〇〇号

名 前 〇〇 〇〇

(電話 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇)

※健診を受けられる方が____の欄を記入してください。
補助金交付決定書・受領委任状を切り離さないでください。