

2026 年度(令和 8 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

府 中 地 区 医 師 会 会 長 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、1～3に御回答ください。

- 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。
(「医療法人○○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。
どちらも可能な場合は、2つともに○をつけてください。

胃 X 線 (バリウム)	
胃カメラ	

- 3 補助金は口座振込となります。
「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、後日、支払相手方登録依頼書の記入を御依頼させていただきますので、
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

☐ 登録口座の変更は不要