

※申請書に記入する前に、以下の項目を確認の上、問題なければチェックをお願いします。（すべての項目にチェックがつけば申請可能です）

①□ 該当年度の特定健診（町の総合・集団健診）を受診していない、またはその予定がない
②□ 該当年度の4月1日及びドック受診予定日の年齢が満40～74歳である
③□ 該当年度の4月1日及びドック受診予定日に国保に加入している
④□ 前年度までの国民健康保険税に滞納がない
⑤□ 脳ドックを受ける方は、前年度に脳ドックを受診していない

様式第1号(第5条関係) (管理番号)

受付番号	
------	--

国民健康保険被保険者健康診査等補助金交付申請書									
世帯主名									
受診する被保険者	氏名							男・女	
	生年月日	年 月 日						歳	
	適用開始年月日				年 月 日				
	心臓ペースメーカー 他体内への金属等埋込				有・無(有の場合その部位)				
	現在妊娠中		有・無		既往症				
希望受診者項目 （該当を○印してください。）	人間ドック								
	婦人科検診	乳がん検診							
		子宮がん検診							
	脳ドック								
希望受診日及び場所	人間ドック		年 月 日						
	脳ドック		年 月 日						
	医療機関名								
費用負担	健診費		円						
	補助金		円						
	受診者負担金		円						
城里町国民健康保険被保険者健康診査等補助金交付要綱第5条に基づき、被保険者健康診査等補助金交付の申請をいたします。									
令和 年 月 日									
城里町長 様									
住所 城里町_____									
申請人 氏 名_____									
電話番号_____ ()									
(連絡が付きやすい時間・曜日) _____									

国保番号		
宛名番号		
担当者 チェック欄	②□	③□
	④□	⑤□

課長	係長	受付者