

(様式第1号)(第5条関係)

飯山市国民健康保険人間ドック受診者助成券交付申請書

令和 年 月 日

飯山市長 あて

申請者	住所	飯山市(大字)	番地
(世帯主)	氏名	Ⓜ	
	電話	()	—

飯山市国民健康保険人間ドック検査費用補助金交付要綱第5条の規定により、助成券の交付を申請します。

なお、申請に当たり、次の項目について承諾します。

- 当該年度内に市が実施する集団健診(特定健診)を受診しないこと。
- 飯山市が、受診医療機関から人間ドック等の健診結果のうち特定健診項目についての結果の提供を受けること。
- 市から交付される助成金の受領については、受診医療機関に委任すること。

受診者氏名		続柄		性別	男・女	
受診者生年月日	昭和	年	月	日	年齢	歳
住所	飯山市(大字)				番地	
保険証記号・番号	い	い	や	ま	・	
受診医療機関名 (指定医療機関名)						
受診の種類	1 日帰りドック	2 1泊2日ドック	3 節目年齢(日帰り・1泊)			
受診予定年月日		年	月	日	～	年 月 日
助成限度額	1 日帰りドック	20,000円 以内				
	2 1泊2日ドック	25,000円 以内				
	3 節目年齢のドック	30,000円 以内				

伺い) 上記のとおり助成券を交付してよろしいですか。

係	係長	課長補佐	課長