様式第１号（第4条関係）

国民健康保険脳ドック健診費補助金交付申請書

年　　月　　日

　常陸大宮市長　　様

申請者　住所

氏名

　常陸大宮市国民健康保険脳ドック健診費補助金交付要綱第４条の規定により，下記のとおり申請します。

　補助金の申請に当たっては，国民健康保険税の納付状況について担当職員が確認すること，および脳ドック健診の結果について市が管理することに同意します。

　なお，補助金の交付決定を受けたときは，その請求及び受領についての権限を，指定医療機関の長に委任します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受　診　者 | ふりがな | 　 | 性別 | 男 ・ 女 |
| 氏名 | 　 |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日生　　　　　歳 |
| 住所 | 　 |
| 電話番号 | 　 |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 希望医療機関名 | 　 |

※審査欄（ここは記入しないでください。）

|  |  |
| --- | --- |
| 前年度の保険税の状況 | 完納 ・ 滞納あり |
| 前年度の交付状況 | 有 ・ 無 |
| 特定健診の受診状況 | 有 ・ 無 |

