

様式第1号（第3条関係）

いちき串木野市国民健康保険

いちき串木野市人間ドック等検診助成金支給申請書

いちき串木野市国民健康保険の人間ドック等検診助成金の交付を受けたいので、いちき串木野市国民健康保険の人間ドック等検診助成金交付要綱第3条第1項の規定により、添付書類を添えて申請します。

住 所	いちき串木野市			
受診者氏名		性別	男・女	
生年月日	年 月 日	世帯主との続柄		
保険証記号番号	記号	い串国保	番号	—
ドックの種類	人間ドック（1日・2日）・脳ドック・がんどック			
受診日	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
医療機関等の 名称及び所在地	名称	所在地		
受診費用	別紙領収書のとおり	添付書類	領収書 検査結果書(写し可)	

いちき串木野市長 殿

令和 年 月 日

住 所 いちき串木野市

申請書 (世帯主)

氏 名

(電話番号)

支 給 決 定 伺

課 長	補 佐		係長	係	支給決定額

円

※費用額の7割助成ただし、上限額50,000円まで(1,000円未満の端数は切り捨て)