

福山市国民健康保険 人間ドック 補助金交付申請書

年 月 日

福 山 市 長 様

福山市国民健康保険人間ドック補助金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。
なお、補助金については、健診機関にその受領を委任します。
また、申請に当たり、次のことについて承諾します。

- 1 受診結果を受診した健診機関から市へ提供されること又は受診者が受診結果を市へ提供すること。
- 2 受診結果を市が実施する特定健康診査・がん検診のデータとして活用すること。
- 3 受診結果を特定保健指導など市が実施する保健事業に活用すること。

被保険者 証番号								フリガナ	
								世帯主名前	
住 所	〒 ー 福山市 (電話 ー ー)								
フリガナ									
受診者名									
生年月日	年 月 日(満 歳)				年 月 日(満 歳)				
申請者住所 (別住所の場合)								フリガナ	
	(電話 ー ー)							申請者名前	

なお、健診に際しては、次のことを遵守します。

- ・ 健診機関の指示に従うこと。
- ・ 健診後、その成績表に基づき、積極的に自ら健康管理に努めること。

※太枠の内のみ記入してください。

※保険証利用登録済みのマイナンバーカードをお持ちの場合、マイナポータル
のアプリもしくはウェブサイトから被保険者証番号を確認することができます。

保険年金課受付	支所等受付

受付 確認欄			保険年金課 確認欄		
国保資格	有	無	有	無	確認者印
保険税(滞)	無	有	無	有	
年齢(40歳)年度末時点	以上	未満	以上	未満	
脳ドックの説明/決定	済	未	無	有	
特定健診の受診	無	有	無	有	
4月2日以降加入者	無	有	無	有	
受診券交付申請	未	済	未	済	
当該年度の補助	受付確認者		無	有	
判 定			可	否	