別記様式（第７条関係）

​野洲市国民健康保険人間ドック・脳ドック健診助成金支給申請書

年　　月　　日

　　野洲市長　　　　様

申請者　住　　所　野洲市ここをクリックまたはタップしてテキストを入力してください。

氏　　名　ここをクリックまたはタップしてテキストを入力してください。

電話番号　 ここをクリックまたはタップしてテキストを入力してください。

　次のとおり、野洲市国民健康保険人間ドック・脳ドック健診助成金の支給を申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証記号・番号 | 滋野・ | | ここをクリックまたはタップしてテキストを入力してください。 | |
| 健診を受けた被保険者の氏名及び生年月日 | 氏名 | ここをクリックまたはタップしてテキストを入力してください。 | | |
| 年　　　月　　　日　（満　　　歳） | | | |
| 健診実施機関の名称 | 市立野洲病院  　その他の健診実施機関  （名称　ここをクリックまたはタップしてテキストを入力してください。　） | | | |
| 健診期間 | クリックまたはタップして日付を入力してください。から　クリックまたはタップして日付を入力してください。まで（　アイテムを選択してください。日間） | | | |
| 健診の種類  （いずれか選択） | アイテムを選択してください。 | | | |
| 健診費用額 | ここをクリックまたはタップしてテキストを入力してください。 | | | 円 |
| 添付する書類 | １　領収書  ２　健診の結果を証する書類 | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先 | 金融機関名 | ここをクリックまたはタップしてテキストを入力してください。 | アイテムを選択してください。 | ここをクリックまたはタップしてテキストを入力してください。 | | アイテムを選択してください。 |
| 種別・口座番号 | アイテムを選択してください。 | | No. | ここをクリックまたはタップしてテキストを入力してください。 | |
| （フリガナ） | ここをクリックまたはタップしてテキストを入力してください。 | | | | |
| 口座名義人 | ここをクリックまたはタップしてテキストを入力してください。 | | | | |

　〔同意書〕

１　助成申請の審査のため必要な範囲で、私の世帯員等の全員の住民基本台帳、市町村民税の課税及び納付の状況を担当職員が閲覧することに同意します。

２　人間ドック・脳ドックを受診した場合、今年度の市の特定健診（医療機関健診又は総合健診）は受診しません。

３　健診結果票の写しが、市健康推進課に提供されることに同意します。

４　健診結果により特定保健指導の対象となった場合は、市の保健指導を受けることに同意します。

　　申請者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印　（署名又は記名押印）