

# 国民健康保険の方

令和〇年〇〇月〇〇日

つがる市長 様

## 記入例

申請者（脳ドックを受診される方）

住 所 つがる市木造若緑6 1 番地 1

氏 名 つがる 次郎

電話番号 0173-42-2111

### 国民健康保険脳ドック検査費助成申請書

脳ドック検査費の助成を受けたいので、つがる市国民健康保険脳ドック検査費助成事業実施要綱第5条第1項の規定により次のとおり申請します。

生 年 月 日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日
受診医療機関名	<input type="checkbox"/> つがる総合病院 <input checked="" type="checkbox"/> 希望の受診医療機関に☑してください。 <input type="checkbox"/> 中野脳神経外科・総合内科クリニック <input type="checkbox"/> 木村脳神経クリニック
同 意 欄	この申請にあたり、納期限到来済みの国民健康保険税の納付状況を市長が確認することに同意します。 令和〇年〇〇月〇〇日 世帯主氏名 つがる 太郎

#### ※留意事項

- この助成事業における受診医療機関は、つがる市と脳ドック検査費助成事業の業務委託契約をしている医療機関であり、これ以外の医療機関での受診に対しては助成できません。
- 受診者が属する世帯の国民健康保険税に未納があると助成できません。

受 付	資格確認	納付確認	決 定
	適用開始年月日		
	年 月 日		