

様式第1号（第3条関係）

花巻市国民健康保険脳ドック利用奨励金承認申請書

花巻市国民健康保険脳ドック利用奨励金の承認を受けたいので、花巻市国民健康保険脳ドック利用奨励金交付要綱第3条に基づき、次のとおり申請します。

奨励金の請求及び受領については、指定検査機関の長に委任します。

また、脳ドックの検査結果については花巻市が指定検査機関から提供を受けることに同意します。

太枠をご記入ください

受診者	被保険者番号				
	住 所				
	フリガナ	連絡先電話番号			
	氏 名				
	生年月日	年	月	日	年齢 歳
検査機関名					
健診項目		脳ドック（コース名）			
受診予定日		年 月 日			
年 月 日					
花巻市長 様		申請者（世帯主）		印	

（注意）受診日に国民健康保険の資格のない方は、奨励金は受けられません。

*** 確認欄（市受付者記入） ***

- 花巻市実施の特定健康診査を受けていない
- 国保資格取得日： 年 月 日
- 年齢（40歳以上）

*** 処理欄（市担当者記入） ***

- 入力
- 受診券番号
- その他

受付印
特定健診未受診確認印