

花巻市国民健康保険脳ドック利用奨励金交付申請書兼請求書

花巻市国民健康保険脳ドック利用奨励金の交付を受けたいので、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。

太枠をご記入ください

受診者	被保険者番号										
	住 所	連絡先電話番号									
	フリガナ										
	氏 名										
	生年月日	年	月	日	年齢						歳
健 診 項 目		脳ドック									
検 査 機 関 名											
受 診 日		年	月	日							
振込先口座	金融機関名	銀行・信用組合 信用金庫・農協								本店・支店 出張所	
	預金種別	普通	当座	口座番号 (右詰め)							
	口座名義人	(カタカナ)									
年 月 日		申請者（世帯主）									
花巻市長 様											
委任状（振込先が申請者以外の場合） この奨励金の受領を代理人に委任します。											
										申請者	印
										代理人	住所
										氏名	

(添付書類) 検査機関が発行した脳ドック受診に係る領収書の写し

*** 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
- 年齢（脳：40歳以上）
- 国保資格取得期間： 年 月 日～ 年 月 日
- 領収書 検査結果（写） 問診票（質問票）

処理欄（市担当者記入）	審 査	
<input type="checkbox"/> 入力	検査費用	円
<input type="checkbox"/> 受診券番号：	特定健診費用	円
<input type="checkbox"/> その他：	脳ドック費用	円
	支給決定額	円

受付印
特定健診未受診確認印