

様式第1号（第4条関係）

富士見町国民健康保険人間ドック補助金交付申請書

受付番号	
被保険者記号・番号	記号 番号

受 診 者	現住所			
	フリガナ		性別	男・女
	氏名			
	生年月日	年	月	日
ドックの種類	1 日帰りドック	2 1泊2日ドック		
医療機関名				
受診日	年	月	日	
受診料	円			
補助金額	円			

富士見町国民健康保険人間ドック補助金交付要綱に基づき、
補助金の交付を申請します。

年 月 日

富士見町長 様

申請者（世帯主） 住所 富士見町 _____

氏名 _____

電話 _____

同意書

町の特定保健指導等を目的として利用するために、健診結果等報告書（健診データ）の個人情報については、富士見町が収集し継続的に保管することに同意します。

受診者 氏名 _____

【町記入欄】

・資格確認 ・滞納確認	・年度1回確認 前回 年 月受診	添付書類確認 領収書・健診結果	備考
----------------	---------------------	--------------------	----