

別記様式（第5条関係）

近江八幡市国民健康保険人間ドック等検診助成申請書

年 月 日

近江八幡市長 宛

申請者 住 所 近江八幡市

氏 名

電話番号（ ）

次のとおり近江八幡市国民健康保険人間ドック等検診の助成を申請します。

なお、検診結果について、近江八幡市が実施する保健事業に利用することに同意します。

被 保 険 者 記 号 番 号		滋 幡	
検 診 を 受 け る 被 保 険 者 氏 名 ・ 生 年 月 日		年 月 日（満 歳）	
検 査 医 療 機 関 等 の 名 称			
検 診 期 間		年 月 日 から 年 月 日 まで（ 日間）	
検 診 費 用 額		円	
振 込 先	金 融 機 関 名	銀行 本店 信用金庫 支店 J A グリーン近江 出張所	
	種 別 ・ 口 座 番 号	普通・当座	
	(フリガナ)		
	口 座 名 義 人 (申 請 者)		
※	助 成 決 定 額	円	

備考1 ※欄は、記入しないでください。

2 提出いただいた検診結果の内容については、近江八幡市が実施する保健事業にのみ使用し、その目的以外には使用しません。

		担当	審査	承認
<input type="checkbox"/> 口座確認				
<input type="checkbox"/> 国保資格	<input type="checkbox"/> 特定健診受診券回収	<input type="checkbox"/> 質問票	<input type="checkbox"/> 滞納	