

府中市人間ドック受診料助成金交付申請書

令和 年 月 日

府中市長

次のとおり、人間ドック受診料助成金の交付について申請します。

なお、本申請に係る審査に当たり、加入している健康保険組合及び受診検査機関へ問い合わせること並びに公簿を確認することに同意します。

受診者 (申請者)	住所	府中市	
		(方書)	
	フリガナ		生年月日
	氏名		昭和・平成・西暦 年 月 日
	電話番号	-	-
加入健康保険	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> その他 []		
検査機関	(住所)	-	
	(電話番号)	- -	
	(名称)		
添付書類	<input type="checkbox"/> 領収書(原本) <input type="checkbox"/> 受診結果表(原本) ※ 手続後に返却します。		
注意事項	<p>次に掲げる事項に該当する場合は、助成の対象外となります。</p> <p>1 申請日において市税の滞納がある。</p> <p>2 加入している健康保険組合等から、この申請に係る人間ドックの受診料について補助を受けた、又は受ける予定がある。</p> <p>3 加入している健康保険組合等が指定する検査機関やその会員制度などを利用し、又は他の地方公共団体の制度を利用することによって低減された受診料で、この申請に係る人間ドックを受診した。</p>		

府中市記入欄	受診日	受付日印	受付者
	受付番号		
	本人確認欄		
	保・免・他 ()		