

様式第1号(第5条関係)

年 月 日

たつの市長 様

申請者 住 所  
氏 名  
電話番号

たつの市国民健康保険特定健康診査費助成金交付申請書兼請求書

たつの市国民健康保険特定健康診査費助成事業実施要綱第5条の規定により、次のとおり助成金を申請します。

また、この助成金の申請に当たり、私の属する世帯における国民健康保険税の納付状況の閲覧及び特定健康診査項目の結果を特定保健指導に利用することについて同意します。

受 診 者	ツガナ 氏 名		被保険者番号	
	住 所			
	生年月日	年 月 日	電話番号	
受診医療機関名			受 診 日	年 月 日
振 込 先	金融機関名	銀行・( ) 支店	ツガナ 口座名義人	
	口座番号		預金種類	普通・当座
※ 助成金の額 1,500円 ※ 添付書類 申請者が、特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準(平成19年厚生労働省令第157号)第1条に定める特定健康診査項目を受診したことを証する書類の写し				