

年 月 日

(宛先) 野田市長

住 所  
申請者 氏 名  
電話番号

野田市国民健康保険人間ドック検査費用助成金交付申請書

野田市国民健康保険人間ドック検査費用助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

1 交付申請額 円

2 申請の内容

被保険者番号				
検査対象者	氏 名		連絡先	
	生年月日	年 月 日	性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
検査医療機関	名 称			
	所在地			
検査予定日	年 月 日			
支給方法	現金給付 ・ 現物給付			

※現物給付は、野田市が協定する医療機関にて、申請日より2ヶ月後以降の日を検査日として予約した場合に選ぶことができます。

同 意 書

助成金の交付の決定に当たり、人間ドックの受検結果について、市が特定健康診査、特定保健指導及び野田市国民健康保険データヘルス計画に基づく受療勧奨に利用することに同意します。

申請者氏名 ⑩

検査対象者氏名 ⑩