

※記入例

松戸市国民健康保険健康診査受診費助成申請書

令和 ○年 ○月 ○日

(宛先) 松戸市長

申請者 氏名 松戸 太郎

住所 松戸市 ○○ ○○番地の○○

※申請者と振込先は同一でお願い致します。 電話番号 ○○○ (○○○) ○○○○

松戸市国民健康保険健康診査受診費の助成に関する要綱に基づき、下記により申請いたします。

対象者	氏名	松戸 太郎					
	生年月日	昭和	○○年	○月	○日 (	○○歳)	
	受診時住所	〒○○○-○○○ 松戸市 ○○ ○○番地の○○					
必要書類	1 市指定の問診票 2 松戸市特定健康診査等受診券の原本 3 受診日、受診者氏名、医療機関名が記載されている領収書の原本 4 健康診査の検査結果票の原本 5 振込先金融機関口座のわかる通帳等の写し ※受診日当日の松戸市国民健康保険の加入状況を松戸市にて確認させていただきます。 ※提出された原本は、確認後、申請者に返却させていただきます。						
振込先	金融機関コード	○○○			支店コード	○○○○	
	金融機関名	○○	銀行 信用金庫 J A	○○	本店 支店 出張所		
	口座種別	普通	口座番号	○	○	○	
	フリガナ	マツド タロウ					
	口座名義人	松戸 太郎					
集団方式による受診の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 雇用主、団体等が指定した特定の施設、検診車等を利用して集団で実施する健康診査を受診しました。						
同意欄	※対象者の同意のうえ、申し込みをして下さい。 対象者が下記事項に同意したうえで、申し込みします。 ・健康診査の結果が保健指導等の保健事業に使用されることに同意します。						