

様式第1号

大和高田市国民健康保険
女性のための検診補助金交付申請書

保険証記号・番号	
受診者氏名	
生年月日	
住所	
電話番号	
世帯主名	

受診年月日	年 月 日	午前 時～ 時	午後 時～ 時

交付要件（申請日時点において）	
① 受診者が満18歳以上の被保険者であること（満 歳）	該・非
② 国民健康保険税を完納している世帯の被保険者であること	該・非
④ 当該年度内に受診していないこと（前回受診 ）	該・非

<p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>上記のとおり、女性のための検診の補助金交付を申請いたします。 なお、補助金の支給については、検診を受診した医療機関に交付する方法によることに同意します。</p> <p>大和高田市長 殿</p> <p style="text-align: center;">申請者 住所 氏名</p>
--