

様式第 1 号（第 5 条関係）

大 和 高 田 市 国 民 健 康 保 険

【脳ドック検診】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 30 歳以上の被保険者であること	（満 歳）	該・非
② 受診者が引き続き 1 年以上被保険者の資格があること	資格取得日 年 月 日	該・非
③ 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 同一年度内にこの補助金交付を受けていないこと	（前回受診 ）	該・非

年 月 日
上記のとおり、脳ドック検診の補助金交付を申請いたします。 なお、受診後の医師の指導を遵守し、積極的に健康管理に努めます。
大和高田市長 殿
申請者 住 所 氏 名