

様式第1号（第5条・第7条関係）

川越市国民健康保険特定健康診査受診率向上推進事業助成金  
 交付申請書並びに実績報告書

フリガナ		国保 記号番号	—
氏名		生年月日	年 月 日
住所	〒 —		
健診受診日	年 月 日		
申請種別	※該当する健診に○を記入してください。 ( ) 人間ドック健診 (8,000円) ( ) 職場健診 (1,000円)		
申請金額	金 円		
※助成金交付を受けた場合、当年度の <u>川越市国民健康保険特定健康診査は受診できません。</u>			
当年度 川越市国民健康保険特定健康診査の 受診の有無もしくは受診予定の有無		有 ・ 無	
上記のとおり申請します。 下記の金融機関の預金口座に振込を依頼します。 年 月 日 (提出先) 川越市長 (申請者) 住 所 氏 名 電話番号 ( )			
振込先金融機関名	預金種目及び口座番号	預金口座名義人	
銀行 信用金庫 農業協同組合 支店	普通 当座 No.	フリガナ	

当年度の特定健診診査を受診した場合、助成金の返還をお願いする場合がございます。

※受付者記入欄

受付者

資格等確認

国保資格 (受診日時点)
年齢 (40～74歳)

添付書類

健診結果写し
健康状況等調査票
領収書(原本) ※職場健診は不要

受付印
-----