



様式第1号（第7条関係）

受付番号

令和6年度壬生町国民健康保険 ドック検診助成金交付申請書

| | | | |
|---|--|-------|------------|
| 被保険者証 記号番号 | — | 受診者氏名 | |
| 性別 | 男 ・ 女 | 生年月日 | 昭和 年 月 日 生 |
| 検診種別 (番号に○をつけてください) | 1 日帰り人間ドック 2 1泊2日人間ドック 3 脳ドック | | |
| <p>受診者はこの検診において特定健康診査を受けるものであること、検診機関が検診結果のデータを壬生町に提供すること、そのデータに基づき壬生町が受診者に対して特定保健指導を実施すること及び壬生町が受診者の世帯における国民健康保険税の納付状況を確認することに同意し、上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>壬生町長 小菅 一弥 様</p> <p style="text-align: center;">住 所 壬生町</p> <p style="text-align: center;">世帯主氏名</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名</p> <p style="text-align: right;">(電話番号 —)</p> | | | |

| チェック項目（以下は記入不要です） | |
|---------------------------|--|
| 1 国民健康保険税の滞納がない | |
| 2 同年度中に特定健診・後期高齢者健診の受診がない | |
| 3 前年度中に脳ドック検診への助成がない | |