

様式第1号 (第6条関係)

米原市国民健康保険人間ドック助成申請書兼健診結果提供同意書

被 保 険 者 記 号 番 号	滋 米
受診される被保険者氏名	
生 年 月 日	年 月 日生
検 査 機 関	
受 診 日	年 月 日～ 年 月 日
ド ッ ク の 種 類	
備 考	

上記のとおり申請します。

なお、私は米原市国民健康保険人間ドック助成事業の助成を受け、検査を受診した場合は、当該助成金を医療機関が代理受領することおよび検査結果を米原市に提供することならびに必要なに応じて米原市国民健康保険の保健事業としての指導等を受けることに同意します。

年 月 日

米原市長 様

(世帯主) 住 所 米原市
氏 名
電話番号 —

* 助成する額は、検査に要した費用の2分の1の額です。ただし20,000円を上限とします。

助成要件	資格	有・無	特定健診	受診済・未受診	国民健康保険税	完納・未納
------	----	-----	------	---------	---------	-------