

第 1 号様式（第 6 条関係）

国民健康保険人間ドック補助金交付申請書

年 月 日

松 田 町 長 様

申請者 住 所
(世帯主)
氏 名
電話番号

次のとおり申請します。

申 請 金 額 円

被保険者証記号番号		5 8 -		
受診者	氏 名		性 別	男・女
	生 年 月 日	年 月 日		
受診予定医療機関	所 在 地			
	名 称			
	受 診 予 定 日	年 月 日		

※次の問いに、はい・いいえでお答えください。職員確認欄

受診日において、満 4 0 歳以上 7 5 歳未満です。	はい・いいえ	
受診日において、松田町国民健康保険に継続して 1 年以上加入しています。	はい・いいえ	
国民健康保険税の未納がない世帯です。	はい・いいえ	
今年度、町が実施する特定健康診査を受診していません（受診しません）。	はい・いいえ	
受診結果の写しを町に提出することに同意します。	はい・いいえ	