

令和〇年〇〇月〇〇日

蓮田市長 宛て

窓口に来た人

申請者 住所 蓮田市黒浜2799-1
氏名 蓮田 太郎
電話番号 (768) 3111

蓮田市国民健康保険総合健康診査助成金交付申請書

次の要件に該当するので、下記のとおり必要書類を添えて助成金を申請します。

Table with 2 columns: 要件 (Requirements) and checkboxes for conditions like '健診を受診した日において、4月以上継続して被保険者の資格を有する。' etc.

記

Main application form table with fields for 被保険者記号・番号, 氏名, 住所, 生年月日, 健診機関名, 受診日, 健診費用, 助成金申請額, 振込先 (銀行, 口座番号, 口座名義人).

健診結果を市の保健事業に活用させていただける場合は、次の口に✓を入れてください。

健診結果を市の保健事業に活用することに同意する。

【注意事項】

後日要件に該当しないことが判明した場合は、助成金を返還していただきます。