

令和 年 月 日

大島町国民健康保険  
人間ドック助成金交付申請書

大島町長 様

住所

申請者

氏名

⑩

大島町国民健康保険人間ドック助成事業に係る助成金の交付を受けたいので、令和 年度大島町国民健康保険人間ドック助成事業実施要綱第5条の規定により下記のとおり申請します。

記

受 診 者	被保険者証番号		
	ふりがな		性別
	氏名		男・女
	生年月日	年 月 日	年齢(受診日現在) 歳
	住所	大島町	
	電話番号		
受診医療機関			
受診日			

注 ・助成を受けることができるのは、大島町国民健康保険被保険者であり、以下の要件をすべて満たしている方です。

- ①受診日において40歳以上75歳未満であること。
- ②大島町国民健康保険の保険税を滞納していない世帯に属していること。
- ③当該年度においてこの要綱に基づく助成を受けていないこと。
- ④当該年度において本町が実施する特定健康診査を受診していないこと。
- ⑤法の規定による特定健康診査及び特定保健指導に際して、人間ドックの結果データを町が利用することに同意していること。