様式第４号（第９条関係）

松本市国民健康保険人間ドック等補助金交付申請書（実績報告書）

年　　　月　　　日

（あて先）松本市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号（　　　　　）　　　－

　松本市国民健康保険人間ドック等助成事業実施要綱に基づき、領収書及び健診結果書を添えて、補助

金の交付を申請します。

　なお、人間ドック等の結果データを、市が行う特定健康診査及び保健指導のため情報提供に活用する

ことに同意します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 | 松国　－ |  | | |
| 受診者氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 | |
| 住　　　所 | 松本市 | | | |
| 受診医療機関名 |  | 受診年月日 | | 年　　月　　日  ～  年　　月　　日 |
| 受診種別 | １　日帰り人間ドック  ２　一泊二日人間ドック  ３　人間ドックの追加検査として行う脳ドック又は簡易脳ドック  ４　その他の脳ドック（特定健康診査の検査項目を含む脳ドック） | | | |
| 医療機関に支  払った金額 | 円 | | | |
| 補助金請求額 | 円 | | | |