

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 | | |