

記入見本

被保険者記号番号	〇〇〇〇〇〇			保険者番号の 240028ではありません。 ご注意ください。
世帯主名	四日市 太郎			
利用する 被保険者	名 前	四日市 花子		
	生 年 月 日	昭和・平成	〇年 〇月 〇日生	〇〇歳
検診医療機関	未定であれば空欄でも可			申請日時点での年齢を ご記入ください。
検 診 料	未定であれば空欄でも可			円
脳ドック補助金 交付申請金額	10,000			円

上記のとおり、脳ドックを受診いたしますので、四日市市国民健康保険脳ドック補助金交付要綱第4条の規定に基づき、補助金の交付を申請します。

申請書を提出する日をご記入ください。

四日市市長

令和〇年 〇月 〇日

住 所 四日市市 諏訪町1番5号
〇〇マンション△△号

申 請 者 名 前 四日市 花子

電 話 059-354-8158

「利用する被保険者」と
同一名をご記入ください。

保険料 照 合	完 納	未 納	
------------	--------	--------	--