様式第１号（第５条関係）

年度　桐生市国民健康保険人間ドック申請書兼人間ドック費用助成申請書

下記のとおり申請します。

日帰りドック　・　日帰り脳ドック

（希望する方を〇で囲んで下さい）

ふりがな 氏　名		被保険 者番号	
住　所	桐生市	生年月日	年　　月　　日
電話番号 （連絡先）	（　　）	年　齢	満　　歳

年　　月　　日

（宛先）　桐生市長

桐生市国民健康保険人間ドック費用助成要綱の規定に基づき、当該申請に係る助成金の請求及び受領の権利を受診した医療機関に委任することに同意します。

申請者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＜注意＞

＊対象者は、桐生市国民健康保険加入者で、桐生市国民健康保険税を完納していることが申請条件です。

＊日帰り脳ドックは、当該年度内に４０歳以上となる者でないと受けられません。

＊申請後は、担当課において内容を審査し、その結果助成することと決定した人へは「決定通知書」を通知します。