

滝沢市国民健康保険若年者健康診査助成事業申込書

平成 年 月 日

滝沢市長 様

申込者	(フリガナ) 氏名	
	生年月日	昭和 平成 年 月 日 ( 歳) ※年度末年齢
	住所	(〒 - ) 滝沢市
	保険証の記号番号	
	電話番号	
	受診予定の医療機関名 又は検査機関名	
	受診予定日	平成 年 月 日

【注意】

- 1 滝沢市国民健康保険被保険者の資格が受診日前に喪失した場合、この事業による健康診査は受けることができません。
- 2 滝沢市国民健康保険被保険者の資格喪失後にこの健康診査を受診するなどの不正な手段による健康診査の受診が判明した場合は、助成した健診費用を返還していただきます。
- 2 健康診査の結果は、医療機関名又は検査機関から滝沢市に報告されます。健康診査の結果によっては、市が保健指導を行う場合があります。

保険年金課FAX:019-684-2245

メールアドレス:hoken@city.takizawa.iwate.jp

※保険年金課記入欄

助成券発行日		発行者名	
市負担額			
健康診査受診状況確認			